

<b>INTRODUCTION :</b>	<b>4</b>
I/ Notion de sécurité sociale :	4
A : L'insuffisance des techniques primaires de protection :	4
B: L'organisation d'un système collectif de sécurité sociale :	5
C/ La sécurité sociale et les données économiques et démographiques :	6
1 : Influence des données démographiques :	6
a/ Sur le mécanisme de sécurité sociale :	6
b/ Les mécanismes de sécurité sociale ont eux-mêmes une influence sur les données démographiques :	6
2 : Les données économiques :	6
II/ L'évolution historique de la sécurité sociale :	7
A : L'émergence du concept de sécurité sociale :	7
En pratique cela commence à changer avec le développement du système mutualiste :	7
1946 = suppression du lien avec la responsabilité, les prestations sont payées par les organismes de sécu. :	8
1928 L sur les assurances sociales :	8
L 1932 qui rend obligatoire cette prestation pour les ouvriers du commerce, de l'industrie et de l'agriculture. :	8
1939 étendu aux travailleurs indépendants le droit aux allocations familiales. :	8
B : L'avènement de la sécurité sociale :	8
1 : L'avènement de la sécurité sociale au niveau international :	8
2 : L'avènement de la sécurité sociale en France :	10
a/ 1945 à 1948 : La mise en place du système :	10
b : 1958 à 1982 : L'affinement du système :	10
c/ 1982 = crise de la sécurité sociale :	11
III: La conception française :	13
 <b>TITRE PRÉLIMINAIRE : SOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :</b>	 <b>15</b>
<b>Section 1 : Les sources nationales :</b>	<b>15</b>
I/ Les principes constitutionnels :	15
A : Le principe d'égalité :	15
B : Principes spécifiques à la sécurité sociale :	15
II/ Les lois et règlements :	16
III/ Règles émanant des organismes de sécurité sociale :	16
 <b>Section 2 : Les sources internationales :</b>	 <b>17</b>
I/ Les textes internationaux à caractère incitatif :	17
Textes à vocation universelle :	17
Textes de portée européenne :	17
= Textes élaborés dans le cadre du conseil de l'Europe :	17
= Dans le cadre de l'UE :	17
II/ Les textes normatifs internationaux :	18
A/ Les conventions de l'OIT :	18
B/ Le conseil de l'Europe :	19
1 : La CEDH :	19
2 : La charte sociale européenne :	19
3 : Le code européen de sécurité sociale :	20
C : Le droit communautaire :	20
 <b>TITRE 1: LA PROTECTION SOCIALE LIÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE :</b>	 <b>22</b>
<b>Chapitre 1 : Le régime général :</b>	<b>22</b>
<b>Section 1 : Les bénéficiaires du régime général :</b>	<b>22</b>

I/ Le travailleur dépendant :	22
A : Les critères du travail dépendant :	23
Un contrat :	23
Une rémunération :	23
Un lien de subordination :	24
B : La présomption de travail indépendant :	25
II/ Les extensions légales :	26
III/ L'affiliation obligatoire liée à la résidence : Loi CMU :	26
<b>Section 2 : L'organisation du régime général</b>	<b>27</b>
I/ l'organisation administrative :	27
A : Les organismes du régime général :	27
1/Le 1er réseau c'est la branche maladie et accident du travail	27
2/On a la branche vieillesse ensuite	28
3/La branche des prestations familiales, aujourd'hui 119 caisses	28
B : La tutelle des pouvoirs publics :	28
II/L'organisation financière :	29
A : La problématique du financement de la sécurité sociale :	29
Inconvénients du système de l'impôt	29
B : Les ressources principales :	31
1 : la détermination des cotisations :	31
2 : Le règlement des cotisations :	32
a : Les obligations de l'employeur :	32
b : Sanctions de l'employeur :	34
c : Les procédures de contrôle :	34
d : Le recouvrement forcé :	34
III/ Les prestations du régime général :	35
A : Les assurances sociales :	35
1 : L'assurance maladie :	35
a/Les personnes couvertes par l'assurance maladie :	35
b/Prestations offertes par l'assurance maladie :	36
Prestations en nature :	36
Les prestations en espèce :	38
2 : L'assurance maternité :	38
3 : L'assurance invalidité :	39
4 : L'assurance vieillesse :	39
Prestations contributives :	40
a/Les prestations contributives :	40
Droit de l'assuré	40
Droits du conjoint survivant	41
b/Prestations non contributives :	41
5 : L'assurance décès :	42
B/ Le risque professionnel :	42
1 : Les risques couverts :	43
a/L'accident de travail :	43
1-L'accident de travail au sens stricte	43
* Notion d'accident	43
* Le lien avec le travail de l'accident	44
Accident de trajet	45
b/Les maladies professionnelles :	46
2 : La réparation :	47
a/La réparation forfaitaire :	47
Prestation pour incapacités temporelles de travail	47
Prestations pour incapacités totale de travail	47
Le caractère forfaitaire de cette réparation =	48
b/L'extension de la réparation en cas de faute intentionnelle ou inexcusable :	49
La majoration de la réparation	49
La diminution du montant de la réparation :	52

C : Les prestations familiales :	52
1 : Les dispositions communes :	53
2 : Les règles propres à chaque type de prestation :	53
Prestations liées à l'arrivée d'un enfant :	54
Prestations d'entretien= :	54
<b>Chapitre 2 : Les régimes particuliers :</b>	<b>55</b>
I/ Les régimes spéciaux :	55
II/ Les régimes autonomes des travailleurs indépendants :	56
III/ Le régime autonome agricole :	56
<b>Chapitre 3 : Le contentieux de la sécurité sociale :</b>	<b>57</b>
<b>Section 1 : L'organisation judiciaire de la sécurité sociale :</b>	<b>57</b>
<b>Section 2 : Le contentieux particulier des recours contre les caisses sociales :</b>	<b>58</b>
I/ le recours des tiers payeurs : Le régime légal :	59
A: La nature juridique du recours des tiers payeurs :	59
B : L'étendue du recours :	61
1 : Lien entre les prestations versées et le préjudice :	61
2 : L'assiette du recours :	62
II/: Le régime conventionnel :	64
<b>TITRE 2 : LA PROTECTION SOCIALE EXTÉRIEURE À LA SÉCURITÉ SOCIALE :</b>	<b>65</b>
<b>Section 1 : La protection sociale complémentaire :</b>	<b>65</b>
I/: La protection complémentaire contre le risque vieillesse :	65
A: Les retraites complémentaires par répartition :	65
B : Les retraites supplémentaires par capitalisation :	66

## INTRODUCTION :

Droit social c'est l'ensemble des règles qui ont pour objet de remédier aux inégalités de la vie dans la société, c'est la droit qui régit les rapports individuels de travail, régit les rapports collectifs également. (Droit du travail). Ca ne se résume pas à la protection des salariés dans leur emploi. Il vise la protection de l'individu contre la réalisation de certains risques et à la promotion de la sécurité financière des membres du corps social par une solidarité organisée. Appelé aussi droit de la sécurité sociale ou droit de la protection. Connu un essor après la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale et a pris son autonomie par rapport au droit du travail. But de la sécurité au départ est de protéger le travailleur contre les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie, droit lié avant à la qualité de salarié, aujourd'hui, cela va au delà de la protection sociale car famille du salarié protégée aussi. ON va protéger les personnes les plus démunies notamment avec le RMI ou la CMI. Au départ c'était vraiment une matière de droit privé lié à la qualité de salarié aujourd'hui elle a basculé du côté du droit public depuis la libération de part l'intervention constante de l'autorité publique. Droit relève plus de la catégorie service public.

**Sécurité sociale = ensemble des règles juridiques destinées à protéger les personnes physiques contre la survenance d'un ensemble d'événements qualifiés de risques sociaux.**

### I/ Notion de sécurité sociale :

**But** = couvrir la réalisation de certains risques appelés risques sociaux. La réalisation de ces risques se traduit par une perte de revenus ou par un accroissement des charges. Ces risques sociaux ne sont pas propres à une vie en société. L'avantage de l'organisation sociale si elle est évoluée est de permettre un report des conséquences pécuniaires de la réalisation de ces risques sur l'ensemble des membres du corps social. Ce droit s'est élaboré par couches successives en réaction aux évolutions sociales engendrées par la révolution industrielle.

### A : L'insuffisance des techniques primaires de protection :

Système collectif pour se protéger, de tout temps les individus ont recherché cette protection. Avant protection dans le cadre familiale. Sans système collectif comment se protéger des risques sociaux ? Quand il y a dommage le 1<sup>er</sup> réflexe est de se tourner vers le droit de la responsabilité civile qui est un moyen efficace d'indemnisation, élargissement de la catégorie des préjudices réparables et multiplication des faits générateurs de responsabilité et restriction des causes d'exonération. Technique très efficace grâce à la J et à la réparation intégrale du préjudice, la victime d'un dommage va toucher une indemnisation qui doit effacer toutes les conséquences pécuniaires de la réalisation du risque. Avec la révolution industrielle on passe d'une responsabilité fondée sur la faute, individuelle et subjective à une responsabilité sociale fondée sur l'aptitude à l'assurance. (C'est l'assureur de responsabilité qui paye.)

L 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance, elle a donné un socle juridique au contrat d'assurance. (Ex = reconnaissance de l'action directe de la victime contre l'assureur de responsabilité sans même assigner l'auteur du dommage).

\* **Phénomène de socialisation de la responsabilité civile.** Mais c'est une technique insuffisante pour couvrir la réalisation de tous les risques que celle de la responsabilité comme le fait qu'il faut nécessairement identifier un responsable solvable.

L'individu qui se veut prévoyant va tenter de se prémunir contre les risques, en amont, par un effort **d'épargne** individuelle. En période d'inflation, l'épargne est dévalorisée.

\* Il est plus utile de souscrire des **assurances individuelles** auprès d'un assureur ou d'une mutualité. Différence avec les mutuelles représentants les mutualistes, ils ne conservent pas de bénéfices ici. Cette forme d'assurance est née de façon spontanée, puis relayée par la législateur notamment dans la période de l'entre-deux guerres. Cette technique de l'assurance a inspiré ceux qui ont élaboré un véritable système généralisé de sécurité sociale. Mais seuls les événements dont la réalisation est incertaine peuvent être pris en charge dans ce cas. Le plus souvent, assurance et mutualité ne sont pas obligatoires. L'individu doit vouloir et pouvoir souscrire ces assurances.

\* **Le regroupement des bonnes volontés** = traduction chrétienne du devoir de charité. Ces techniques cohabitent avec un véritable système collectif de sécurité sociale.

## **B:L'organisation d'un système collectif de sécurité sociale :**

Une société démocratique évoluée ne peut pas laisser des individus dépourvus face à la réalisation de certains risques sociaux. La définition de la notion de sécu est très difficile à donner. Au 20<sup>e</sup> siècle, on a constaté que les pays européens ont progressivement élaboré un système de protection sociale. Après la 2<sup>de</sup> guerre mondiale, évolutions sur la plan international, textes qui reconnaissent l'existence d'un droit à la sécurité sociale. On a des organisations internationales qui oeuvrent pour le renforcement de ce droit dans les législations nationales. En pratique elle se traduit par des conceptions diverses et variées et par l'emploi de techniques juridiques différentes.

Est-ce un concept précis ? Peut-elle faire l'objet d'une définition homogène ? (NON)

On peut quand même dégager les finalités communes à tous ces systèmes c'est à dire la base de la matière. Quelque soit le système, il s'agit toujours de remédier aux insuffisances du système capitaliste qui a permis l'accroissement des richesses mais qui a déstabiliser les formes traditionnelles de solidarité, celles issues de l'appartenance à un groupe. Le travail obéit aux contraintes de la logiques économique cela a conduit à une dissolution du lien social et des mécanismes primaires de solidarité. Toutes les sociétés modernes ressentent le besoin légitime d'élaborer des mécanismes de défense contre les risques de trop grande dissolution du corps social. Ces mécanismes de sécurité sociale ont toujours pour objet de protéger l'individu de manière à ce que celui-ci puisse jouir d'un minimum de garanties contre les aléas de la vie sociale. Il s'agit d'assurer aux membres du corps social une véritable sécurité du lendemain. Sécurité préventive qui passe par une approche pragmatique. Assurer une sécurité économique ça n'est pas promettre des lendemains qui chantent. Mais limites de ces systèmes dans la capacité du corps social à absorber collectivement le coup financier des mesures de politiques sociales. « L'abolition des besoins ne saurait être la fin de la politique sociale. » Ce droit est un droit politique qui nécessite de faire des choix pour déterminer les risques sociaux suffisamment criant pour justifier l'assistance de la collectivité. Qui doit payer ces mesures, suivant quelles quotités, pour le bénéfice de quelles personnes ? Doit-on privilégier le paiement de prestations individuelles ou la mise en œuvre de la réalisation de certains services publics, prestations en espèces ou en nature ? C'est un choix du pouvoir public, choix jamais neutres.

Les moyens d'affronter la réalisation de ces risques sont insuffisants. But est de passer d'une logique individuelle à une logique collective qu'on va institutionnaliser = redistribution financière de prélèvements obligatoires, c'est un droit de la redistribution. Influence des données économiques et démographiques.

## **C/ La sécurité sociale et les données économiques et démographiques**

Ces données ne doivent jamais être perdues de vue, importance considérable sur l'ensemble du mécanisme.

### **1 : INFLUENCE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES :**

**Elles vont influencer dans 2 sens =**

#### **a/Sur le mécanisme de sécurité sociale.**

(but = quand nouvelle mesure on cherche à en évaluer le coût, le coût de chaque mesure est égale au produit du montant de la prestation par le nombre de ses bénéficiaires. Exemple = la pyramide des âges, la répartition de la population entre hommes et femmes, la structure des familles, l'analyse de la population active notamment la répartition entre professions indépendantes et professions salariées et également le rapport entre les actifs et les inactifs.) Quelque soit la technique de prélèvement mise en œuvre, les dépenses de sécurité sociale sont assumées par les parties actives ou partie versante. Ces parties, par leur contribution vont assurer l'entretien des parties inactives ou parties prenantes. (personnes âgées, enfants, chômage) plus le nombre des parties prenantes est important, plus la charge de la mesure sociale est lourde. Moyen d'échapper à l'augmentation des prélèvements est de réduire les prestations mais c'est socialement difficile à accepter.

#### **b/Les mécanismes de sécurité sociale ont eux-mêmes une influence sur les données démographiques :**

par exemple les politiques de santé qui contribuent à diminuer la mortalité infantile. Ces politiques permettent un prolongement de la durée de vie et donc augmentation des prestations vieillesse.

### **2 : LES DONNÉES ÉCONOMIQUES :**

Incidence sur l'efficacité, l'étendue du système de sécurité sociale. La marche de manœuvre du législateur dépend toujours de la situation économique du pays. Plus le revenu individuel des parties versantes est élevé, plus importante est la fraction qui peut être retranchée de ce revenu pour assurer la prise en charge des parties prenantes. Dans les pays très pauvres, le revenu des actifs est si faible, qu'il ne peut supporter une imputation. Plus un pays est riche moins la sécurité sociale utile, mais plus il est pauvre, plus elle est utile mais difficilement réalisable. Données essentielles sont le niveau de l'emploi et son évolution, impact direct sur la sécurité sociale car elle tire l'essentiel de ses ressources de cotisations prélevées sur les revenus du travailleur. Fléchissement de la masse des salaires entraînent le fléchissement des ressources. On augmente la part de financement par l'impôt. L'influence joue dans les 2 sens car les systèmes de sécu ont un fort impact sur les structures économiques du pays. Pour certains, il y a un risque de baisse de la production mais cette idée est contestable.

Aspect positif = on permet aux travailleurs malades de récupérer rapidement sa capacité de travail, les prestations sociales favorisent le pouvoir d'achat. De plus, cela permet aux pouvoirs publics d'orienter la production de certains secteurs d'économie.

## II/ L'évolution historique de la sécurité sociale :

### A : L'émergence du concept de sécurité sociale :

Notion relativement récente généralisée après la 2<sup>de</sup> guerre mondiale. Efforts avant 1945, mais pas de véritable système généraliser de sécu, notre système s'est construit par couches successives ce qui explique sa complexité. La seule forme de garantie c'est la charité. Sous la révolution, volonté politique d'aller bien au delà, notamment l'assemblée constituante avait mis en place un comité de la mendicité qui avait souhaité mettre au rang des devoirs les plus sacrés de la nation l'assistance des pauvres dans toutes les circonstances de la vie. Ce comité avait posé en principe que toute personne dans l'incapacité de travailler a le droit à l'assistance de la société qui est débitrice dans son ensemble. Il avait prévu la répartition de cette charge par la création d'un service national d'assistance. Cette idée avait trouvé son prolongement dans la DDHC de 1793. L'article 21 dispose que les secours publics sont une dette sacrée, la société doit la subsistance aux citoyens malheureux soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. Cette volonté politique n'a pas pu être mise en œuvre en pratique et n'a pas survécu à la consécration des idéaux de la bourgeoisie. Sous l'empire napoléonien on avait institué un bureau de bienfaisance, mais rôle très limité. Les vraies 1<sup>ères</sup> étapes datent de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Préparation de textes sur l'indemnisation puis notion d'assurance sociale et instauration des allocations familiales (1880 à 1938) c'est la période classique, au cours de cette période on élabore les prémices de la sécurité sociale qui est alors véritablement un élément du droit du travail qui est lui même en pleine émergence, on commence à rechercher une meilleure protection des salariés, émergence des idées d'égalité sociale et économique. Ces idées apparaissent avec la révolution industrielle qui a donné naissance à la classe ouvrière, ces membres tirent leurs revenus de la location de leur force de travail. Au 19<sup>e</sup> siècle, ils sont très peu protégés, dans le code civil le contrat de travail est pratiquement ignoré (contrat de louage d'ouvrage et d'industrie art 1779 et suivant). Le code civil envisage uniquement la situation des domestiques, des voituriers et il appréhende aussi le contrat d'entreprise. Le problème c'est la révolution industrielle car nouvelle organisation du travail et en conséquence il y a un déracinement de la classe ouvrière, désagrégation des liens de solidarité traditionnels. En dehors de la charité et de l'épargne, il n'existe rien. Progressivement, l'Etat va délaisser le rôle purement passif qu'il a tenu au 19<sup>e</sup> siècle. Début 20<sup>e</sup> on commence à organiser des formes d'assistance financées par des fonds publics par exemple L 1893 qui organise une forme d'assistance médicale, ou L 1904 prévoit une assistance pour les enfants démunis, L 1905 sur l'assistance aux vieillards démunis.

#### EN PRATIQUE CELA COMMENCE À CHANGER AVEC LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME MUTUALISTE

, la 1<sup>ère</sup> innovation importante c'est la L du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail. Avant cette loi les victimes n'avaient pas beaucoup de possibilité, ne pouvaient agir que sur le fondement de l'article 1382 du code civil mais il faut faire la démonstration d'une faute. L 1898 supprime cette exigence. Limite à cette innovation, la réparation est forfaitaire sauf faute inexcusable donc on déroge au principe de réparation intégrale du préjudice. Responsabilité automatique mais indemnisation forfaitaire. Cette loi a été précédée de 18 années de travaux législatifs. Le fondement de toute responsabilité c'est celui du risque professionnel, l'idée de la théorie du risque c'est que

l'employeur tire un profit de la mise en œuvre de technique dangereuses, il doit donc supporter les conséquences de la réalisation de ce risque.

**1946 = SUPPRESSION DU LIEN AVEC LA RESPONSABILITÉ, LES PRESTATIONS SONT PAYÉES PAR LES ORGANISMES DE SÉCU.**

Après **cette loi de 1898**, autre étape importante = instauration des 1ers systèmes d'assurance sociale qui vont permettre de couvrir le risque d'origine non professionnel. (Maladie, âge, invalidité). Cette notion à l'époque d'assurance sociale est inconnue sauf en Allemagne (Bismarck). La France va faire un choix pour l'Alsace et la Lorraine et va conserver certaines lois allemandes. Les lois sur l'assurance sociale sont restées applicables puis effort d'extension à l'ensemble du territoire français.

**1928 L SUR LES ASSURANCES SOCIALES**

= L a soulevé de nombreuses critiques, elle n'a pas vécu longtemps car **abrogée en 1930**. Donc système des assurances sociales mais pas **généralisé**. Système insuffisant car le bénéfice de ces assurances était réservé aux salariés les plus modestes, le financement du système est fait par le salarié et l'employeur qui versent chacun une cotisation de 4 %. Sur le plan de l'organisation administrative laissée aux caisses ou aux mutuelles, chaque salarié devait choisir. Il manque dans ce système les allocations familiales. A l'origine elles sont un élément de la notion de salaire, au 19<sup>e</sup> le salaire c'est uniquement la valeur du travail, il ne varie pas en fonction des charges de familles mais en pratique sous la pression de la doctrine catholique plusieurs employeurs avaient décidé d'octroyer une prime aux ouvriers qui avaient de nombreux enfants. 1930 environ 30 000 employeurs qui faisaient cela. La législateur a pris le relais pour remédier à une crise démographique importante :

**L 1932 QUI REND OBLIGATOIRE CETTE PRESTATION POUR LES OUVRIERS DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'AGRICULTURE.**

**1939 ÉTENDU AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS LE DROIT AUX ALLOCATIONS FAMILIALES.**

Au terme de cette période classique les progrès restent insuffisants on ne se base que sur la responsabilité et l'assurance, cela ne couvre pas l'ensemble de la situation.

## **B : L'avènement de la sécurité sociale :**

Après la 2<sup>de</sup> guerre mondiale, construction plus ambitieuse. Notion plus large qui repose sur une politique cohérente, la sécu devient un élément de la politique nationale, désormais, l'Etat prend conscience qu'il doit intervenir de manière positive et développer une politique sociale volontariste qui est liée à la politique économique.

**1 : L'AVÈNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU NIVEAU INTERNATIONAL :**

Le 1<sup>er</sup> texte important en la matière avec des solutions coordonnées, **loi américaine du 14 août 1935 = le social security acte**, souvent considéré comme l'acte de naissance de la sécurité sociale moderne. C'est la 1<sup>ère</sup> loi à employer le terme de sécurité sociale. Cette loi se situe dans la politique de Roosevelt pour tenter de mettre fin à la crise de 1929, l'Etat gendarme commence à être remplacé par l'Etat du bien être. L'idée aux USA commence à s'imposer que l'Etat doit jouer un rôle actif, il ne peut pas se borner à limiter les excès du système. L'Etat doit intervenir directement dans le domaine économique et social. Mais contenu limité de cette loi qui prévoit des mesures d'assistances, parmi ces mesures il y a l'assurance sociale vieillesse et une assurance décès pour les salariés. L'intérêt de cette loi ne réside pas vraiment



dans son contenu car il n'y a pas d'assurance maladie. Elle met en œuvre une volonté politique qui est de remettre en marche l'économie américaine. La grande nouveauté montre le lien entre la politique sociale et économique.

Dans le même temps, dans d'autres pays mise en place de systèmes plus ambitieux, comme ceux qui sont soviétiques et néo-zélandais = techniques pour protéger une majeure partie de la population. Par exemple dans le système soviétique, la sécurité sociale est une garantie des salaires, c'est un prolongement de la notion de salaire. Pendant une maladie, le salaire va être maintenu. L'Etat a créé un service de santé, ce service permet notamment d'assurer la gratuité des soins.

En Nouvelle Zélande on a créé un système ambitieux qui repose encore sur l'idée d'assistance. C'est une assistance, mais une assistance obligatoire. Ce système a une grande étendue mais sa faiblesse est que les prestations sont subordonnées aux ressources. Le but de ce système est d'assurer à chacun un minimum vital quand les individus ne sont plus en mesure de faire face à leurs besoins, l'Etat a une dette alimentaire à l'égard de chacun. Cette dette alimentaire est financée par l'impôt.

Texte essentiel qui a influencé toutes les législations postérieures à la GM, c'est le **rapport Beveridge** de 1942, très grand retentissement, rapport commandé par le gouvernement britannique. Il a servi de base à tous les Etats modernes. Il est dans la continuité de la logique économique défendue par Roosevelt. Il va aller plus loin que la loi américaine de 1935 car il propose une analyse globale du problème de la pauvreté, de l'indigence, qui ne sont pas considérés comme insolubles. Il ébauche une tentative de socialisation des besoins dans un régime d'appropriation privée des biens, c'est à dire du socialisme dans le capitalisme. Dans ce rapport, une société moderne a le devoir d'éliminer un grand nombre de besoins, cette élimination doit être planifiée par l'Etat, élimination sans considération des ressources. (Contre pied du système néo-Zélandais.) Il faut aller plus loin que le système des assurances sociales, mettre en œuvre une politique plus vaste de réparation, et l'objectif vers lequel doit tendre cette politique globale c'est le bien être et le plein emploi. Le système repose pour assurer cela sur une logique économique keynésienne, pour assurer le plein emploi, les entreprises doivent fonctionner à plein régime, pour cela, il faut que la vente des produits soit normalement assurée et pour cela, il faut que les citoyens dans leur ensemble aient des capacités de consommation suffisantes. L'Etat doit lutter contre toutes les causes de diminution et de disparition de la capacité de consommation. Ces causes sont le chômage et la maladie. Ce rapport prône également la mise en œuvre d'une politique sanitaire. Les mesures proposées dans ce rapport = il préconise que toute la population d'un Etat sans distinction d'activité et de revenus, doit être couverte intégralement par la sécurité sociale. Autre mesure = tous les risques pouvant faire baisser le revenu, doivent être couverts. Autre idée = ce système général doit reposer sur des mécanismes autonomes, donc on doit abandonner les mécanismes traditionnels de droit privé. Autre mesure == l'ensemble du secteur de la santé doit être nationalisé, nécessaire pour unifier toutes les institutions sociales.

**La grande novation, c'est l'idée d'un régime universel de sécurité sociale, organisé dans le cadre d'un service public, lié à la politique économique de la nation.**

En Angleterre ce rapport est passé presque intégralement dans la législation anglaise.

Par la suite nombreuses critiques comme par exemple, la volonté d'accorder les mêmes prestations à tous les citoyens, cela a été jugé un peu irréaliste. Ces prestations vont paraître dérisoires pour ceux qui ont des revenus importants, mais prestations insuffisantes pour les plus pauvres. Il aurait été plus pertinent de concentrer les ressources sur les personnes les plus nécessiteuses.

Au lendemain de la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale, on a compris qu'il était impératif de renouveler le système. Après cette guerre, on a déjà des textes internationaux qui encouragent les Etats signataires à mettre en œuvre un système généralisé de sécurité sociale. On peut citer le DDHC proclamée sous l'égide de l'ONU, article 42 = droit à la sécurité sociale. OIT = oeuvrera pour un renforcement des législations nationales.

## 2 : L'AVÈNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN FRANCE :

Après la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale = il faut renouveler le système, on doit organiser une véritable solidarité au sein du corps sociale. Répercussions psychologiques des suites du conflit = besoin d'une sécurité notamment économique. Les membres du conseil national de la résistance avaient été influencés par le rapport ci-dessus. Ce conseil national de la résistance a proposé dès 1944, un plan complet de sécurité sociale. On a tenté de mettre cela en œuvre dès 1945, cette volonté politique se traduit dès 1946 dans le préambule de la constitution de 1946. L'idée d'un droit à la sécurité sociale est reconnu, les alinéas 10 et 11 reconnaissent que la nation une dette à l'égard des citoyens. On a eu du mal à concrétiser cette idée en pratique ce qui explique la très grande complexité du système français.

### a/ 1945 à 1948 : La mise en place du système :

La mise en place de cette sécurité est favorisée par l'arrivée au pouvoir de partis politiques qui lui sont favorables (parti socialiste, communiste...). Le gouvernement est autorisé à légiférer par voie d'ordonnance. **La pierre angulaire du système c'est l'ordonnance du 4 octobre 1945** rédigée sous l'égide d'une commission présidée par Pierre Laroque. C'est avant tout une **loi-cadre**, elle jette les bases administratives et financières du régime des salariés du commerce et de l'industrie, c'est à dire le régime général. Ce régime général c'est une organisation d'ensemble donc elle se distingue du système antérieur des assurances sociales. Ce système repose sur un régime professionnel donc financé par les cotisations patronales et ouvrières. Pour fonctionner il repose sur un ensemble coordonné de caisses, ces caisses sont gérées directement par les représentants élus des intéressés, c'est la démocratie sociale. Hiérarchie entre ces caisses, départementale, nationale, nécessaire pour assurer l'unité du système. Cette ordonnance devait être complétée pour être effective = **ordonnance du 19 octobre 1945 sur les assurances sociales qui vise tous les travailleurs salariés**. Progressivement le système se met en place, par exemple Loi du 22 mai 1946 qui oblige les bénéficiaires visés par la loi à s'affilier à ce régime général.

Loi du 22 août 1946 = étend le bénéfice des prestations familiales à la majeure partie de la population.

Loi 13 septembre 1946 = même chose pour le système vieillesse.

Loi 30 octobre 1946 = rattache la réparation des accidents du travail au régime général de la sécurité sociale.

**Cet ensemble forme le régime général mais on laisse subsister toute une série de régimes spéciaux pour certaines catégories de personnes. Problème = extension de ce régime général aux travailleurs indépendants.** Réforme importante mais pas totale car elle laisse subsister les régimes spéciaux. Les professions indépendantes n'ont pas souhaité être intégrées au système général. En 1947 régime général étendu aux fonctionnaires civils, en 1948 étendu aux étudiants et en 1949 aux écrivains non salariés. On voit le décalage entre les ambitions et la réalité. Il n'y a pas eu de nationalisation de la médecine. L'idéal d'une solidarité globale continue à se heurter à certaines corporations. Les caisses du régime général ne prennent pas en charge la gestion des prestations familiales, chargées auprès d'autres caisses.

### b : 1958 à 1982 : L'affinement du système :

L'idée directrice c'est toujours celle de la généralisation de la sécurité sociale. Cela reste difficile car elle se fait par l'accumulation de différentes mesures. Beaucoup de modifications par voie de décret. La constitution de 1958 a donné une grande compétence au pouvoir exécutif. L'objectif de la généralisation est de faire en sorte que l'ensemble de la population bénéficie de la politique de sécurité sociale. Le problème du système français c'est l'existence de régimes distincts et superposés. Ce système laisse donc de côté certaines personnes qui sont donc sans protection. Le législateur est obligé de créer des régimes autonomes et de maintenir des régimes spéciaux. L'une des grandes manifestations = **Loi du 4 juillet 1975**, loi tendant à la généralisation de la sécurité. Cette loi prône un objectif = l'affiliation obligatoire de toutes les personnes même celles qui n'avaient pas de protection sociale. Innovation de cette loi = elle prévoit qu'à compter de 1978 le bénéfice des prestations familiales n'est plus rattaché à l'exercice d'une activité professionnelle. Dans cette période, on améliore aussi la couverture des risques en diversifiant les prestations. Le législateur s'efforce d'harmoniser le régime des non-salariés avec le régime général. En 1972, les cotisations et les prestations des régimes non-salariés sont alignées au niveau de celles du régime général. **Cette harmonisation devient un objectif posé par le législateur dans une loi du 24 décembre 1974.** Arrivée au pouvoir des socialistes en 1981 vont abaisser l'âge de la retraite à 60 ans. On développe la protection sociale conventionnelle, c'est à dire les régimes complémentaires, ils doivent pouvoir couvrir les risques qui ne sont pas couverts par les régimes légaux. Ils sont créés par le biais de conventions collectives. C'est aussi par le voie conventionnelle qu'on va créer l'assurance chômage qui avant relevait uniquement de l'assistance. En 1958, un accord interprofessionnel met en place un régime d'assurance chômage obligatoire pour les salariés du secteur privé. On tente de modifier l'organisation administrative et financière du régime général qui se fait par un recul de la démocratie sociale. Cette dernière, recul car la sécurité sociale est appréhendée de plus en plus comme un SP, une branche à part entière de l'administration. Volonté de l'Etat d'avoir une plus grande maîtrise financière. Commence à émerger une co-gestion entre l'Etat et les partenaires sociaux. Accroissement de la tutelle de l'Etat. On va accorder aux directeurs de caisses des prérogatives importantes. Autre évolution = l'instauration d'une véritable parité entre les partenaires sociaux c'est à dire entre employeurs et salariés qui siègent en nombre égal. On abandonne peu à peu les élections, les représentants salariés ne sont plus élus, ils sont désignés par leur syndicat. L'élection fera un petit retour en 1982 avec Maurois. Le gros problème c'est celui des coûts financiers importants qui sont la conséquence de la politique de généralisation qui explique l'accroissement de la tutelle de l'Etat. C'est dès cette époque qu'apparaît le problème épineux du déficit de la sécurité sociale. Pour une gestion mieux maîtrisée = **ordonnance du 21 août 1967 crée 3 branches administratives (maladie et risque d'accidents professionnels, vieillesse et prestation familiale).** Au sommet de ces branches il y a une organisation nationale. On a certaines branches qui sont déficitaires la ou d'autre sont bénéficiaires. En séparant ces 3 branches, l'Etat souhaite leur imposer la réalisation de l'équilibre financier. Par la suite les problèmes vont s'intensifier.

#### c/ 1982 = crise de la sécurité sociale :

Début des années 1980, fin des trente glorieuses, crises économique importante, les comptes sont déséquilibrés. Période se continue encore aujourd'hui. La 1<sup>re</sup> cause de cette crise c'est une cause démographique car la population est de plus en plus âgée. De plus en plus de personnes sont non actives, les progrès de la médecine participent à cette crise économique de la sécurité sociale, de plus les soins sont plus nombreux et plus cher, l'offre de soins augmente considérablement. Augmentation des coûts mais diminution des ressources. 2<sup>nd</sup>e cause de cette

crise = crise économique qui se traduit par l'augmentation continue du chômage, corrélativement il y a une baisse des cotisations.

### **Tentatives d'assainissement =**

Il faut en fait maîtriser les dépenses comme on ne peut pas augmenter les ressources.

Amélioration des ressources = ne plus financer uniquement la sécurité sociale par le biais des cotisations. Avec l'augmentation de la part du financement par l'impôt on s'éloigne de l'assurance pour se diriger vers un système de redistribution des richesses. 2 exemples de financement par l'impôt = la CSG 1991 prélèvement proportionnel sur les revenus et création de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale), cette CRDS bénéficie d'un organisme qui est la caisse d'amortissement de la dette sociale. L'idée est d'assurer la dette du régime général. Aux côtés de cela on crée des cotisations sur les boissons alcoolisées, sur le tabac ou la publicité pharmaceutique. Exemple de la politique d'encadrement des dépenses = fixation des honoraires médicaux par le biais de conventions nationales conclues avec les organismes d'assurances maladie et de syndicats représentatifs. Autre moyen d'encadrement = mise en œuvre d'une politique de déremboursement, refuser le remboursement de certains médicaments et élargir la part des tickets modérateurs c'est à dire la part des dépenses de santé que le régime d'assurance maladie laisse à la charge de leur bénéficiaires. Création d'une contribution aux frais de séjour hospitalier. Comment réduire le volume des actes médicaux = en luttant contre les actes médicaux jugés inutiles donc instauration en 1993 des références médicales opposables. Ces références sont des critères scientifiques reconnus qui doivent permettre de distinguer les soins utiles des soins inutiles. Ces critères sont dits opposables car leur non respect est accompagné de sanctions financières. Autre exemple d'encadrement en matière d'assurance vieillesse, la loi du 22 juillet 1993 commence à durcir les conditions d'ouverture aux prestations.

**Le plan Juppé de 1995** dans le contexte de crise, a pour objectif une réforme globale de la sécurité sociale avec 5 grands axes dans ce plan = **la réforme institutionnelle** qui tend à élargir le rôle du parlement en matière de sécurité sociale, on a modifié pour cela la constitution. On a créé une nouvelle catégorie de loi, celle sur le financement de la sécurité sociale. Cet accroissement du rôle du parlement est symboliquement important. Auparavant le contrôle du parlement était limité aux lois de finances. On tente d'élaborer une politique de contractualisation des rapports entre l'Etat et les organismes sociaux. Point important, la gestion courante est toujours confiée aux partenaires sociaux qui siègent toujours en nombre égal dans les conseils d'administration, mais ces partenaires ne sont plus en charge de la gestion de l'équilibre financier du régime général. **Réforme de la santé, régime maladie universelle. La réforme des régimes spéciaux qui a donné lieu à de grandes grèves. La simplification et le regroupement des prestations familiales. Le financement de la sécurité sociale avec notamment la CRDS.** Plan a en partie échoué, le gouvernement a dû en modifier le contenu. On a renoncé à l'instauration du régime de maladie universelle et à celle de la politique familiale. Après 1995 ce mouvement de réforme a continué et il devenait urgent de s'attaquer au problème des retraites. Systèmes de la répartition fragilisée par la répartition entre les actifs et les inactifs. Réforme des retraites avec **loi du 21 mai 2003.**

Réforme de l'assurance maladie = **loi du 13 août 2004**, but est de jouer sur la demande, s'adresser aux assurés sociaux. On souhaite responsabiliser chaque acteur du système. On renforce le contrôle des arrêts maladie. Création du dossier médical personnel qui est une base de données informatisées qui regroupent les données médicales du patient. Cette loi prévoit la désignation du médecin traitant qui doit être consulté pour éviter une majoration du ticket modérateur.

**Avancées** = le législateur a essayé de mieux appréhender le problème des personnes les plus démunies. En 1988 le gouvernement Rocard a instauré le RMI pour combler les lacunes des autres prestations sociales. Les autres prestations sociales sont insuffisantes car elles reposent sur l'assurance. Cette loi de **1988 du 1<sup>er</sup> septembre crée donc le RMI** qui est une allocation à laquelle peut prétendre toute personne qui réside en France depuis plus de 3 ans et âgée de plus de 25 ans. Mesure d'insertion par le biais d'un contrat d'insertion. Au delà du RMI, l'autre avancée majeure c'est la **CMU loi du 27 juillet 1999**. Ce que permet la CMU, c'est l'affiliation au régime général sans condition de ressource, de tous ceux qui résident régulièrement sur le territoire national.

**Autre avancée plus récente = celle qui résulte de la loi du 11 février 2005 qui a pour objet l'amélioration des aides aux personnes handicapées.** Ces personnes doivent avoir le libre choix de leur projet de vie c'est à dire une meilleure compensation des conséquences de leur handicap. On crée un revenu qui doit leur permettre de vivre de façon autonome.

**Bilan = l'organisation du système français est trop hétérogène.** On a les régimes légaux ou sont affiliées les personnes directement visées par eux, ils sont le noyau dur de la sécurité sociale. **4 types de régimes légaux** = le régime général, le régime agricole, les régimes spéciaux et le régime autonome de vieillesse et de maladie des professions indépendantes. Ces régimes, c'est la sécurité sociale au sens stricte. Au delà de la sécurité sociale il y a les régimes complémentaires et l'indemnisation du chômage, c'est à dire l'aide sociale au sens large. Régime de généralisation concrétisé en 1999 par la CMU. Système manque cruellement de cohérence. Renaud Savatier expliquait que la législation risque de déshumaniser les contacts humains.

### III: La conception française :

En France, système mixte ou on distingue la sécurité sociale de la protection sociale.

**Un système mixte** = il mêle 2 conceptions, la 1<sup>re</sup> c'est l'héritage des assurances sociales, l'idée est d'organiser une garantie qui repose sur le versement de cotisations. C'est en quelque sorte une assurance obligatoire liée à une activité professionnelle, dans cette conception, les prestations sociales apparaissent comme un prolongement du salaire. La 2<sup>de</sup> conception de la sécurité sociale s'éloigne de l'assurance, c'est celle influencée par le rapport ci-dessus, on se rapproche d'un mécanisme de redistribution des revenus pour assurer le minimum vital à tous les citoyens. Le système français est un mélange de ces 2 conceptions. On a des assurances sociales professionnelles qui sont un élément du droit du travail, prestations liées à l'activité professionnelle. D'autre part, notre système vise à garantir aux salariés comme aux non salariés, des prestations de bases appelées prestations alimentaires, ça n'est plus seulement le prolongement du salaire. Quantitativement c'est encore la conception fondée sur l'assurance qui domine (celle de Bismarck) mais mouvement sur l'idée plus vaste de solidarité, qui se traduit par l'accroissement de la part de l'impôt.

**Conception ambiguë de la sécurité sociale = on distingue sécurité sociale et protection sociale.** La **sécurité sociale**, en France suivant l'article L 111- 1 alinéa 1<sup>er</sup> l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale, l'alinéa 2 poursuit en précisant qu'elle garantit les familles contre les risques susceptibles de diminuer leur capacité de gain. L'article R 111- 1 = l'organisation de la sécurité sociale comprend un ensemble de caisses gérant des régimes légaux. L'indemnisation du chômage en 1945 n'y figure pas car elle n'avait pas été prévue. Pour définir la sécurité sociale on adopte une approche purement organique de cette dernière. **Dans cette approche organique on doit exclure le régime d'assurance chômage.** On doit aussi exclure les prestations non contributives, celles par

lesquelles les caisses ne perçoivent aucunes cotisations. Pour les régimes complémentaires, discordes car on ne sait pas si c'est un élément de la sécurité sociale. Ils sont appréhendés dans le code même de la sécurité sociale mais ils sont exclus des comptes de la sécurité sociale. Tout ça conduit à restreindre le concept juridique de sécurité sociale aux régimes légaux et aux prestations qui en découlent. L'aide sociale ne relève pas de la sécurité sociale au sens strict mais de la protection sociale. La sécurité sociale n'est qu'un élément d'un ensemble plus vaste formé par la protection sociale. La protection sociale c'est toutes les institutions et techniques qui tendent à protéger les personnes des conséquences des risques sociaux. Cette distinction c'est une conséquence de l'approche organique du droit français, il aurait mieux valu une approche fonctionnelle.

## **TITRE PRÉLIMINAIRE : SOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :**

### **Section 1 : Les sources nationales :**

Matière où règne l'inflation législative. On a la constitution, le bloc de constitutionnalité qui influent.

#### **I/ Les principes constitutionnels :**

Les textes constitutionnels qui concernent directement la sécurité sociale sont très peu nombreux : Alinéa 10 et 11 du préambule de la constitution de 1946. Le conseil constitutionnel peut s'appuyer sur ces textes pour censurer une loi. Ces alinéas n'emploient pas directement le terme de sécurité sociale, ils ne font que fixer les objectifs, mais l'alinéa 10 prévoit que la nation doit assurer à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à son développement. L'alinéa 11 précise cette idée en évoquant les principaux risques susceptibles de toucher les individus. Ces 2 alinéas sont complétés par la J du conseil constitutionnel et du conseil d'Etat.

#### **A : Le principe d'égalité :**

Le conseil constitutionnel s'appuie fréquemment sur ce principe qui est essentiel, mais il est encore plus fondamental dans cette matière car le but d'un système de sécurité sociale, c'est rechercher une égalité entre les individus par la redistribution des richesses. La mise en œuvre de ce principe est assez laborieuse car on doit prendre en considération les différences de situations qui, en France sont traduites par la coexistence de plusieurs régimes. L'idée d'égalité devant la loi devrait se traduire par un régime universel. On doit abandonner les différences qui ne sont pas justifiées. Marche de manœuvre importante laissée au législateur. Le principe d'égalité a une influence sur le droit aux prestations. Le conseil constitutionnel juge que les étrangers qui sont en situation régulière sur le territoire national et qui se trouvent dans la même situation que les nationaux, doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations que les nationaux.

#### **B : Principes spécifiques à la sécurité sociale :**

Pour les dégager, le conseil s'est basé sur les alinéas 10 et 11 du préambule, ces textes contraignent assez peu le législateur. Pour l'instant, il n'a encore jamais censuré de dispositions sur le fondement de ses alinéas. Il s'est contenté d'émettre quelques réserves d'interprétation. Le conseil profite de certaines décisions pour affirmer certains principes qu'il estime importants notamment fondé sur l'alinéa 11 = le droit à la santé (valeur constitutionnelle). Pour que ce droit soit effectif, le conseil estime que chaque individu doit être en mesure de supporter les coups de l'accès aux soins. C'est sur le fondement de ce principe le conseil constitutionnel a pu justifier le recours à des conventions avec le corps médical (décision du 22 janvier 1990).

D'un autre côté, le conseil toujours sur ce fondement, va valider les mesures législatives qui ont pour objectif de maîtriser les dépenses. Toujours sur le fondement de l'alinéa 11, le conseil reconnaît le droit de chacun à des moyens convenables d'existence (décision de 1987). Sur le fondement de l'alinéa 10 et 11, le conseil a reconnu la possibilité d'occuper un logement décent qui est un OVC.

D'après ces alinéas, cela implique la mise en œuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur de la famille (décision de 1997).

## **II/ Les lois et règlements :**

La Constitution de 1958 a accru le rôle du pouvoir exécutif. Le droit de la sécurité sociale fait partie de ces matières pour lesquelles il y a à la fois compétence du législateur et du pouvoir réglementaire. Article 34 = le législateur doit déterminer les principes fondamentaux et le pouvoir réglementaire doit rentrer dans le détail de l'application de ces principes. Dans la pratique, le législateur est seul compétent pour décider de la création ou de la suppression d'une prestation, il détermine qui sont les bénéficiaires de ces prestations. Il détermine les cotisations et leur assiette.

Le pouvoir réglementaire va mettre en œuvre ces principes en s'efforçant de ne pas les dénaturer. Il fixe le montant des prestations, le taux de cotisation.

Les chiffres ont une importance indéniable. Depuis 1996, le rôle du parlement s'est accru dans la matière (plan Jupé). Loi constitutionnelle du 22 juillet 1996 va ajouter une nouvelle catégorie de lois = loi de financement sur la sécurité sociale qui est une cousine des lois de financement. Idée est de renforcer le rôle du parlement car auparavant pour le financement de la sécurité sociale jouait un rôle mineur.

Le plan Jupé finalement met fin à la primauté de la démocratie sociale en renforçant le pouvoir du législateur et son contrôle. Ces lois de financement vont déterminer les conditions générales de l'équilibre financier, elles doivent fixer les objectifs de dépenses. Chaque années orientations et objectifs des politiques de sécurité sociale. Ces lois de financement ont très récemment fait l'objet d'une réforme par une loi organique de 2005 car ces lois maquent cruellement de lisibilité et de crédibilité car l'objectif des dépenses était très largement dépassé. L'idée de cette réforme est de donner un contenu plus précis à ces lois. Aujourd'hui si ces objectifs ne sont pas atteints, il put y avoir des sanctions.

Aujourd'hui la gestion financière courante de la sécurité sociale est toujours confiée aux partenaires sociaux. Mais la gestion de l'équilibre financier relève aujourd'hui de la compétence du législateur.

## **III/ Règles émanant des organismes de sécurité sociale :**

Différents organismes administratifs qui ont le pouvoir d'édicter des normes. Ce pouvoir normatif se fait de manière unilatérale, c'est à dire que ces organismes vont créer des normes de manières unilatérales pour mettre en œuvre les textes supérieurs, cette création se fait par le biais d'une circulaire, directives dirigées à l'intention des différents services. Ces directives peuvent être créatrices de droit. Ils peuvent également créer des règles de droit par la voie conventionnelle, pratique des accords avec certaines professions.



## **Section 2 : Les sources internationales :**

Influence très importante. Le mouvement international en cette matière a été amorcé dès la fin de la 2<sup>nd</sup> GM. Ce mouvement se poursuit aujourd'hui est a même une importance essentielle avec l'accroissement de la mondialisation des échanges. L'idée est de tendre à un rapprochement des législations nationales en matière sociale. But est de combler les lacunes.

### **I/ Les textes internationaux à caractère incitatif :**

Ces textes sont apparus avec l'émergence de l'exigence d'une plus grande sécurité.

#### **Textes à vocation universelle :**

Le 1<sup>er</sup> texte important c'est [le préambule du traité de Versailles du 1<sup>er</sup> juin 1919](#), création de l'OIT (organisation internationale du travail). Ensuite, on a eu [la charte de l'Atlantique signée en 1941 entre l'Angleterre et les USA](#), le but de cette charte était d'organiser l'alliance entre ces 2 pays, mais elle allait plus loin, elle prévoyait déjà une collaboration internationale pour offrir aux citoyens (idée de sécurité nationale). [Déclaration de Philadelphie de 1944](#) = elle a eu lieu dans le cadre de l'OIT, dans cette déclaration on sent l'influence de rapport Debridg, il faut organiser la lutte contre le besoin en assurant un revenu de base aux citoyens. [En 1945, signature de la charte de nations unies](#). Cette charte, donne mission à l'ONU de promouvoir une augmentation du niveau de vie qui doit permettre le progrès économique et social. [Déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'assemblée générale des nations unies en 1948](#). Elle reconnaît ouvertement l'existence d'un droit à la sécurité sociale. A l'origine c'était essentiellement perçu comme un droit du travailleur, l'idée de protection s'élargie, c'est devenu progressivement un droit de l'homme, dû à tout membre de la société. La réalité de ce principe va se heurter à la situation économique. On dit que les droits sociaux sont relatifs et pas absolus car leur effectivité dépend du niveau de développement économique.

#### **Textes de portée européenne :**

##### **= TEXTES ÉLABORÉS DANS LE CADRE DU CONSEIL DE L'EUROPE :**

Né en 1949, plus large que l'union européenne, différent du conseil européen. On a la [charte sociale européenne](#) ambiguë car il y a une partie déclarative et une autre contraignante. C'est une charte [signée en 1961](#), l'idée était de compléter la convention européenne des droits de l'homme. Mettre en place pour les droits sociaux, une protection équivalente à celle des droits civils. Cette charte est entrée en vigueur en 1973 en France, mais depuis elle a été révisée à plusieurs reprises pour actualiser les droits sociaux concernés. Dans sa nouvelle version est en vigueur en France depuis 1999. La 1<sup>ère</sup> partie de cette charte fixe essentiellement les objectifs, poser des objectifs de politique sociale, une DDHC en matière sociale en fait mais dans cette partie, l'engagement est purement moral.

##### **= DANS LE CADRE DE L'UE :**

Le problème des droits sociaux dans l'UE, C'est que c'est une organisation purement économique. Au départ comme on est sur un terrain économique on ne s'intéresse pas aux

droits sociaux. C'est à partir des années 1980 qu'on commence à s'en intéresser. Le parlement européen avait souligné qu'il était nécessaire d'adopter des textes contraignants en matière sociale. Tout le problème c'est que l'accord est difficile, plusieurs Etats qui se refusent à adopter une politique sociale contraignante et de ce fait, **le 1<sup>er</sup> texte européen a une valeur simplement déclarative = c'est la charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs adoptée par le conseil européen en décembre 1989**. Dans cette charte il est précisé qu'on doit mettre ne place des prestations pour les personnes excluent du marché du travail mais Etats libres quant aux moyens, car ce n'est pas un texte normatif. Cette charte en principe n'a pas de valeur, mais depuis le traité d'Amsterdam, elle a été érigée en référence pour la politique sociale de l'UE.

Cette volonté sociale s'est manifestée à travers la charte des droits fondamentaux de l'UE destinée à devenir un véritable texte normatif, mais il reste dans la catégorie déclaratoire. Cette charte avait été adoptée le 14 octobre 2000 par le conseil européen. L'UE ne peut pas adhérer à la CEDH, ce vide quant aux droits fondamentaux avait conduit des cours à juger de la constitutionnalité des textes communautaires. Orienter la politique sociale des Etats membres, donc dans ce texte chapitre consacré aux droits économiques et sociaux, notamment droit aux prestations de sécurité sociale en cas de maternité, de maladie, de perte d'emploi, d'accident du travail ou encore le droit à l'aide sociale et à une aide au logement. L'UE avec cette charte reconnaissait qu'on ne pouvait pas réduire l'étendue de ces droits. Ce qui aurait constituer la véritable innovation était de lui conférer une valeur normative = juin 2004 mais pas de ratification des 25, rejet par la France et les Pays-Bas, **donc pas de valeur contraignante de ce texte**.

## II/ : Les textes normatifs internationaux :

### A/ Les conventions de l'OIT :

Une des plus anciennes organisations internationales, crée par le traité de Versailles de 1919. Institution spécialisée de l'ONU. Faire en sorte qu'on œuvre pour un renforcement des législations nationales en matière de protection de la sécurité sociale. Dans les législations sociales idée de compétitivité économique. But de l'OIT = œuvrer pour ce rapprochement, qu'aucun pays ne craignent d'affaiblir sa compétitivité économique. Son rôle n'est pas négligeable, parfois présenté comme la conscience sociale de l'humanité. Le problème c'est que sa mission est rendue difficile car on a tendance à considérer que un système de protection sociale est une contrainte, un obstacle au progrès économique. On ne peut pas exiger les mêmes efforts de tous les pays. Comment l'OIT agit concrètement ?

D'abord elle a pour mission de veiller au respect par le Etats membres des normes fondamentales, elle rend des rapports destinés à faire un bilan. Rôle le plus important = OIT élabore ne matière de sécurité sociale des conventions nombreuses, près de 200 aujourd'hui. Certains y voient une sorte de code internationale du travail et de la sécurité sociale. L'originalité des conventions de l'OIT c'est qu'elles ne sont pas véritablement négociées par les représentants des Etats, elles sont d'abord élaborées par les fonctionnaires internationaux et ensuite adoptées par une assemblée particulière = la conférence internationale du travail. Représentants des travailleurs et des gouvernements. Pour être adoptée il faut la majorité des 2 tiers des membres présents. Un Etat va pouvoir être lié par un texte auquel il s'est opposé. Le texte sera ensuite communiqué aux Etats membres, ils ont l'obligation de proposer la ratification du texte. S'il est ratifié, pour chaque Etat, l'obligation d'appliquer le texte. Si le texte n'est pas ratifié, l'Etat qui n'a pas ratifié doit remettre un rapport expliquant les raisons

de ce refus. Beaucoup de conventions élaborées et la convention la plus célèbre c'est la [convention 102 de 1952, c'est la norme fondamentale de l'OIT](#), car elle a créé les bases minimales de la sécurité sociale en reconnaissant 9 risques sociaux, avec un chapitre dédié à chacun de ces risques. On trouve le chômage.

Pour être réaliste, on ne pouvait pas imposer à tous les Etats de couvrir ces 9 risques sociaux, les Etats qui ont ratifiés ne doivent pas couvrir chacun de ces risques, la convention impose d'en choisir au moins 3.

On a eu beaucoup de conventions après celle-ci, par exemple la convention 19 antérieure à la précédente qui date de 1925, déjà elle prévoit le principe d'égalité de traitement entre travailleurs français et étrangers. [D'autres conventions ont précisé l'égalité de traitement, convention 97 = égalité de traitement](#) pas soumise à une condition de réciprocité. A côté de cette convention, l'OIT formule des recommandations qui n'ont pas de valeur contraignante.

## **B/ Le conseil de l'Europe :**

### **1 : LA CEDH :**

Cette convention, au départ, elle n'intéresse pas véritablement le droit social. On a juste 2 articles qui intéressent le droit du travail = l'interdiction du travail forcé et la reconnaissance de la liberté syndicale. Objectif en 1950 = avoir un système effectif. Pourtant aujourd'hui, elle joue un rôle très important dans cette matière grâce à la J de la cour de Strasbourg. La convention en elle-même vise des droits civils et politiques et la cour européenne a reconnu des prolongements de ces droits en matière sociale. Pour la CEDH, les droits sociaux ne sont pas distincts des droits civils et politiques, ils sont les applications particulières de ces droits. L'idée directrice de la J c'est l'effectivité des droits reconnus dans cette convention, pas une simple proclamation. En matière sociale évolution en 1979 = on a eu l'arrêt Airey contre l'Irlande, dans cet arrêt la cour reconnaît expressément que l'essentiel des droits civils et politiques sont le prolongement de l'ordre économique et social. Par exemple = les droits sociaux ne doivent pas être contraire au principe de non discrimination formulé par l'article 14 de la CEDH. L'arrêt Gaygusuz 1996, dans cet arrêt, la CEDH a estimé qu'une allocation de revenu minimum ne peut pas être refusée à une personne au seul motif qu'elle n'a pas la nationalité du pays prestataire. A la suite de cette décision, la France a adopté une loi en 1998 qui supprime la condition de nationalité pour les prestations ou ces conditions étaient encore exigées. L'autre exemple de l'influence de la CEDH au travers de l'article 6 = droit à un procès équitable. La cour de cassation dans un arrêt d'assemblée plénière de 2000 a condamné la composition de certaines juridictions.

### **2 : LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE :**

La deuxième partie de cette charte comprend des obligations qui pèsent sur les Etats, on trouve précisés les 19 droits sociaux. Par souci de pragmatisme, on impose pas aux Etats d'accepter tous les articles de cette 2<sup>nd</sup> partie, il y a un découpage avec les droits considérés comme fondamentaux et les autres. Dans les droits fondamentaux = droit à l'assistance sociale et médicale ou encore le droit de la famille à la protection sociale. On a 7 articles considérés comme fondamentaux, chaque Etat doit en choisir 5. Pour les autres articles, chaque Etat doit en choisir au minimum 10. C'est un véritable traité international, charte peut être invoquée devant les juridictions nationales.

La faiblesse de cette charte c'est qu'on n'a pas de recours juridictionnel spécifique. Pas de recours individuel, mais depuis 1996, on a quand même une procédure de réclamation collective, des organisations non gouvernementales peuvent former des réclamations qui seraient fondées sur une application non satisfaisante de la charte. Elles sont examinées par un

comité européen des droits sociaux qui n'est pas une véritable juridiction, ne rend pas des décisions ce qui atténue le caractère contraignant de cette charte. La valeur normative doit être relativisée donc.

Charte assez ambiguë = 2 parties dont une simplement déclarative et la 2<sup>nd</sup>, valeur normative mais pas de recours donc tout dépend des interprétations internes.

### **3 : LE CODE EUROPÉEN DE SÉCURITÉ SOCIALE :**

C'est avant tout une convention internationale et pas un code adopté en 1964 en vigueur en 1968. Sa valeur normative repose essentiellement sur la primauté des engagements internationaux sur les lois nationales. Code révisé depuis et le nouveau texte est ouvert à la ratification depuis 1990. L'objet de cette convention est similaire à celle numéro 102 de l'ONU, l'idée est de favoriser l'harmonisation dans le sens du progrès. Elle reprend les 9 risques fondamentaux de l'OIT et détermine les personnes concernées et les événements qui sont couverts et enfin, elle détermine les prestations qui sont offertes. De manière annuelle, rapport doit être remis sur l'application du code au conseil de l'Europe, France doit rendre tous les 2 ans un rapport sur l'état de sa législation sur les domaines qui n'ont pas été ratifiés.

### **C : Le droit communautaire :**

Ce droit est avant tout le développement économique des pays membres qui doit se réaliser grâce à la libre circulation des personnes et des richesses, le problème c'est que la libre circulation des personnes est susceptible d'être freinée par la différence entre les législations sociales. Le conflit de loi peut être négatif (les 2 systèmes de sécurité refusent leur application) ou conflit positif (les 2 systèmes se veulent applicables). L'unification des législations nationale est un objectif impossible à réaliser concernant la libre circulation des personnes. La charte sociale communautaire n'a pas de valeur normative, déclarations générales, mais tentatives d'harmonisation quand même. Les harmonisations législatives restent assez réduites (principe de l'égalité de la rémunération entre les hommes et les femmes, principe qui a eu des répercussions en matière de sécurité sociale, par exemple directive de 1978 ayant pour objectif d'assurer l'égalité homme femme au sein des régimes légaux, directive de 1986 pour les régimes professionnels).

On a essayé de coordonner les différents systèmes, mieux articuler l'application des différentes législations nationales. On ne modifie pas les droits qui existent dans les législations ni leur contenu, mais on va empêcher qu'une personne qui change de résidence perde un droit acquis ou en cours d'acquisition. Eviter que la mobilité du travailleur communautaire ne se retourne contre lui, cela était prévu dès le traité de Paris, article 69 alinéa 4 = invitait tous les Etats membres à ce que les législations ne gênent pas les mouvements des travailleurs, l'article 42 du traité de Rome invite les Etats membres à se coordonner, on a élaboré ensuite le règlement de 1961. Ce règlement doit être remplacé par un règlement de 2004.

**A partir de ce règlement, il y a 3 grandes idées = l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants** (principe dans le traité de Rome, plus aussi dans règlement de 1971). 2<sup>nd</sup> principe = **la conservation des droits acquis ou les droits en voie d'acquisition**. Limiter le principe de territorialité. Tout le temps passé dans le pays d'origine, n'est pas perdu. On met en œuvre la totalisation des périodes, on peut cumuler les périodes d'emploi et de cotisation effectuées dans plusieurs pays. Autre question qui se développe = une personne se déplace dans un autre pays dans lequel elle ne réside pas pour se faire soigner ou acheter des médicaments, peut-elle être remboursée par sa caisse nationale (soins ambulatoires) = beaucoup de systèmes nationaux reposent sur une autorisation préalable, mais le 28 avril

1998, la CJCE a estimé cette règle de l'autorisation préalable était contraire au principe de libre circulation des marchandises, elle peut être contraire à la liberté de prestation des services. La France suite à cela a abrogé certaines dispositions. Un autre arrêt du 12 juillet 2001 a étendu l'application de cette règle aux soins hospitaliers. On admet que l'autorisation préalable est justifiée valablement, que lorsque cela porte sur des soins usuels.

Dernier principe = **l'unicité de la législation**, le règlement de 1971 pose comme principe que la loi applicable est celle du lieu de l'emploi.

## **TITRE 1: LA PROTECTION SOCIALE LIÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE :**

Dans le système français ce droit est lié à un régime d'appartenance à un régime de sécurité sociale. Etude du régime général.

### **Chapitre 1 : Le régime général :**

Elément le plus important de la protection sociale en nombre d'assurés ainsi que pour les prestations proposées, crée en 1945, il avait vocation à couvrir l'ensemble de la population mais échec de la politique de généralisation, on a créé des régimes autonomes. Mais le régime général reste de référence (celui du salarié).

### **Section 1 : Les bénéficiaires du régime général :**

L'affiliation à ce régime est obligatoire, on doit déterminer qui a la qualité d'assuré sociale. Ce sont les travailleurs dépendants entra autres. Ces personnes sont assujetties au régime général. On distingue cet assujettissement de l'immatriculation qui correspond à une opération administrative qui permet d'inscrire une personne sur la liste des assurés sociaux (numéro de sécurité sociale en principe immuable). Au cours de la vie professionnelle l'affiliation peut être modifiée auprès d'un autre régime. L'affiliation au régime général est obligatoire dès lors qu'on remplit les conditions légales. En dépit de son appellation de régime général, ce régime n'est pas d'application générale sauf pour la branche prestation familiale. En dehors de cette branche, il concerne essentiellement les salariés ou travailleurs dépendants, ça a toujours été la catégorie dont la défense était en priorité recherchée par la politique de sécurité sociale.

Quant à l'employeur, ce n'est pas un bénéficiaire de prestations mais il va être assujetti par le seul fait qu'il emploie des travailleurs salariés (obligation de verser les cotisations).

### **I/: Le travailleur dépendant :**

La difficulté va être de distinguer le travailleur dépendant du travailleur indépendant. Avant 1945 au moment de la création des assurances sociales, le bénéfice de ces assurances était réservé aux ouvriers et employés puis plus largement ensuite aux salariés. Surtout à cette époque il était réservé certains salariés c'est à dire ceux dont les ressources ne dépassaient pas un certain plafond. Le but était de protéger les salariés économiquement les plus faibles. Le critère était celui de la dépendance économique. Après 1945 ce critère va progressivement s'effacer et on va prendre en considération uniquement le critère de la dépendance juridique vis à vis d'un employeur. Ce critère de la dépendance va être apprécié très largement par la J mais aussi parce qu'elle était soucieuse de faire entrer dans le régime général des personnes dont le statut était ambigu, situation tangente. Avant 1966, pas de régime d'assurance maladie propre aux travailleurs non salariés.

A partir de 1990, on note en J un certain recul. Aujourd'hui le défaut d'affiliation au régime général ne signifie pas que l'assuré n'a aucune couverture sociale. Evolution profonde de l'organisation du travail, elle n'est plus la même au lendemain de la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale, au sein des entreprises on constate un déclin de la structure pyramidale, certains salariés vont bénéficier d'une très grande autonomie, il n'est pas toujours simple de déterminer si une relation de travail relève ou non du salaria. De ce fait, parfois en doctrine ressurgit le débat entre le critère de la dépendance juridique et celui de la dépendance économique. Mais la J maintien quand même des critères assez larges notamment pour lutter contre les fraudes de certains employeurs qui peuvent être tentés de masquer l'existence d'un contrat de travail derrière un travail prétendument indépendant, dans le but de ne pas payer les cotisations. Si la J maintien des critères assez larges c'est aussi parce que les textes lui permettent. Le texte de référence en la matière est l'article L 311-2 du code de la sécurité sociale, doit obligatoirement être affiliée toute personne salariée, quelque soit le montant et la nature de leur rémunérations. Ce texte se montre assez souple, peut être complété par l'article L 411-1 sur l'accident de travail (est considéré comme accident de travail quelque soit la cause l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titres ou en quelques lieux que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise).

### **A : Les critères du travail dépendant :**

Pour être en présence d'un travailleur dépendant il nous faut **3 critères = un contrat qui donne lieu à une rémunération, il faut un lien de dépendance ou de subordination.**

#### UN CONTRAT

: Le code de la sécurité sociale exige que l'employeur et le travailleur soient liés par un contrat quelque soit sa valeur ou sa validité dès lors qu'il caractérise un lien de subordination (même un contrat nul). Cela concerne également les contrats de travail précaire. On a eu quelques petite difficultés en J à propos de la situation de certains religieux, on a une loi du 19 février 1950 qui prévoit que les prêtres catholiques et membres de congrégations religieuses ne sont pas considérés comme exerçant une activité professionnelle, à la différence des prêtres et des rabbins rémunérés par une association culturelle. Ces prêtres catholiques sont soumis à un régime spécial de 1978. En J les hésitations sont apparues à propos de religieuses affectées à un hôpital, car les religieuses sont affectées dans cet établissement à la suite d'un accord avec la congrégation religieuse et c'est elle qui perçoit directement les rémunérations ; Pour ces personnes, la J a décidé qu'il n'y avait pas assujettissement, (8 janvier 1993). On considère que cet exercice est pour le compte et le bénéfice de sa congrégation. On a eu le même problème avec les enseignants non laïcs, ils sont uniquement liés par leurs vœux d'obéissance à l'égard de leurs supérieurs, pour la J, il n'y a pas de contrat conclu directement entre l'enseignant et l'établissement ou il enseigne. Par contre l'existence d'un lien de subordination n'est pas entièrement exclue, on pourra considérer qu'il y a dépendance dès lors que l'activité est distincte de l'activité religieuse.

#### UNE RÉMUNÉRATION :

Cette exigence apparaît indirectement dans l'article L 311-2. Il faut une rémunération, le montant est en principe indifférent et peut importe la forme que prend cette rémunération. Cela est évident car c'est elle qui forme l'assiette des cotisations. Dès lors qu'elle est fixe et périodique, ce sera un indice important de l'existence d'une relation de travail dépendant. Cette condition écarte les travailleurs bénévoles de l'affiliation au régime général, cette mise à

l'écart a été jugée inéquitable, en ce moment projet de loi discuté pour les protéger un peu plus et provoquer l'essor de ce type d'engagement. Il faut un cadre législatif pour que les associations puissent agir sans flou juridique. Ce projet prévoit la création d'un contrat de volontariat associatif, qui ne relève pas du code de travail, pas de subordination juridique. Dans le projet de loi contrat de maximum 2 ans, conclu avec une association ou une fondation reconnue d'affiliation publique. L'article 7 de ce projet prévoit qu'une indemnité doit être versée à la personne volontaire, on ne parle pas de rémunération mais d'indemnisation. Cette indemnité ne serait pas assujettie aux cotisations. L'avantage de ce contrat (article 8) prévoit que ce travailleur bénévole est affilié obligatoirement aux assurances sociales du régime général. Si le travailleur bénévole ne verse pas de cotisations, l'association agréée elle en verse.

#### UN LIEN DE SUBORDINATION :

On entend par la « **subordination juridique** » qui permet l'affiliation obligatoire au régime général. Cette condition est très ancienne et la J demeure relativement fournie parce que on se rend compte de certaines ambiguïtés. Le critère est assez malléable, le grand défaut de cela c'est l'insécurité juridique. On peut être affilié obligatoirement au régime général sans même le savoir. Le législateur est conscient de l'incertitude qui plane au dessus de certaines personnes et en 1994 il a essayé de sécuriser = loi février 1994 crée le rescrit social. L 311-11 de la sécurité sociale autorise les personnes physiques à demander à l'URSSAF de leur indiquer si leur activité relève ou non du régime général. Si l'URSSAF donne une réponse négative à ce rescrit, la personne qui a demandé cet avis ultérieurement ne peut être affiliée au régime général, sauf si les conditions de son activité ont été modifiées de manière substantielle. La subordination juridique est le critère dominant depuis 1945, mais on propose parfois encore de remplacer la subordination juridique par la subordination économique. Dans la majorité des H cela ne changera pas grand chose. Le but de la sécurité sociale est de garantir une sécurité économique aux travailleurs. La subordination économique est jugée comme n critère trop vague et incertain c'est pourquoi on maintien le critère de la dépendance juridique.

La cour de cassation considère qu'il s'agit de question de droit, donc des questions sur lesquelles elle exerce un contrôle.

A l'origine le critère fondamental est celui de l'ingérence dans le travail d'autrui permet de caractériser une subordination = existence de directive, de contrôle. C'est l'obligation de respecter des ordres. Le travailleur non subordonné est libre de s'organiser comme il l'entend. Peu importe que le travail effectué exige des qualifications pointues, mais celui qui effectue ce travail n'est pas libre de l'organiser comme il l'entend. Le critère est très souple, il a permis à la J d'adopter une analyse très large du lien de subordination. Caractère parfois contraignant des éléments qui permettent de retenir cette situation d'ingérence. Dès lors que la liberté d'en l'exercice de l'activité impose certaines restrictions la cour estime qu'il doit y avoir affiliation au régime général. La cour a pu faire entrer dans ce régime général des personnes qui effectuaient une activité commerciale et qui avaient leurs propres employés. Pour la Cour, le fait de travailler pour une seule personne et donc de lui réserver l'exclusivité de son activité, suffit d'écarter la qualification de travail indépendant.

Avec une appréciation aussi large en réalité, ce critère de l'ingérence est une formule vide de sens, c'est pourquoi dans les années 70 la cour a modifié sa position sans revenir sur la portée de sa J et a dégagé un autre critère plus vague que l'ingérence dans le travail d'autrui. L'arrêt du 18 juin 1976 concernait les collaborateurs occasionnels, en l'espèce chargés de distribuer des prospectus, ils disposaient d'une très grande liberté pour cela, la cour ne se pose plus la question en ces termes et met en place le critère du « **service organisé** ». A partir de cet à elle peut affilier au régime général les co- contractants qui exercent leur activité dans le cadre d'un



service organisé. L'intérêt de ce critère est qu'il a permis à la cour d'appréhender des personnes dont l'activité se prête assez mal à l'ingérence d'une autre personne. Ce critère a été utilisé par exemple pour les médecins d'hôpitaux, d'établissement scolaire, pour des sportifs et aussi pour la réalisation de travaux dans les locaux et avec le matériel du co-contractant qui organise le travail.

Dans les années 1990 la cour a mis un frein à cette politique jurisprudentielle trop expansionniste. L'arrêt important « société générale » du 13 novembre 1996 fait reculer d'un cran le critère du travail organisé = « le travail au sein d'un service organisé eut constituer un indice du lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution des contrats de travail ». La formule renvoie simplement ce critère au rang de simple indice de la relation de subordination, cet élément n'est plus véritablement un critère c'est juste un indice, mais on n'abandonne pas le critère du service organisé mais on en fait une présomption. Il faut en plus constater que l'organisation du travail échappe à celui qui exécute ce travail, on en revient à l'ingérence dans le travail d'autrui. La subordination juridique est caractérisée par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné (propos de la chambre sociale). L'arrêt est rendu au double visa de l'article L 121-1 du code de travail et l'article de la sécurité sociale ce qui permet d'unifier la définition de la subordination en droit du travail et de la sécurité sociale. Aujourd'hui le critère essentiel est à **nouveau l'ingérence dans le travail d'autrui**. Pour caractériser la subordination juridique, la J le combine parfois avec d'autres éléments plus accessoires. Exemples de critères secondaire = celui de l'exercice d'une activité profitable au co-contractant. Dans la subordination juridique le travailleur exerce une activité pour le compte de l'employeur qui lui est profitable, l'analyse économique se répercute sur l'analyse juridique. Autre critère secondaire = référence au risque de l'entreprise, le travailleur indépendant supporte les risques de son activité alors que le travailleur dépendant ne supporte pas les conséquences d'un échec. Dernier critère accessoire on a parfois des â qui font référence à la notion de « dépendance économique », utilisé en droit du travail à propos des gérants de station service, utilisé aussi en droit de la sécurité sociale à propos d'interprètes de conférences.

## **B : La présomption de travail indépendant :**

Vient de la loi Madelin du 11 février 1994, l'idée est d'éviter pour certaines personnes qui ont déclaré leur profession à titre de travail indépendant, ne se trouvent par la suite affiliés au régime général de la sécurité sociale. C'est pour endiguer cette J extensive que cette loi a créé cette présomption de non salaria qui se trouve à l'article L 120-3 du code du travail, cette présomption concerne les personnes qui sont immatriculées au registre du commerce, au répertoire des métiers, celles immatriculées au registre des agents commerciaux et les personnes immatriculées auprès de l'URSSAF. Mesure jugée défavorable par les salariés, cette mesure a un grand défaut = elle facilite la fraude. C'est pourquoi la **loi du 19 janvier 2000 dite « Aubry 2 »** avait supprimé cette présomption, on en revenait à avant 1994, même si on emploie une personne immatriculée dès lors qu'il y a subordination juridique, l'employeur doit verser les cotisations au régime général.

La présomption a été **réintroduite en 2003 (1er août), le nouveau texte** va même plus loin que l'ancien, désormais sont visés par cette présomption les dirigeants d'une personne morale inscrites au RCS. Cela reste une présomption simple, elle sera écartée si on peut démontrer que ces personnes exercent en fait leur activité dans la subordination juridique. La portée

réelle de la présomption est en réalité assez faible. Au mieux les juges vont devoir être prudent lors de la qualification de la situation du salarié.

## II/ Les extensions légales :

Sécuriser des situations intermédiaires. A la suite de **l'article L 311-2 on a L 311-3** qui vise certaines catégories professionnelles intégrées au régime général par détermination de la loi. Ce sont d'abord les situations ou sans cette intervention du législateur, cela concerne les travailleurs à domicile notamment les personnes qui assurent à leur domicile de manière habituelle moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfant. Cette intégration par détermination de la loi concerne les voyageurs et représentants de commerce, de même pour les artistes du spectacle et les mannequins. Ces extensions concernent parfois des H ou toute trace de subordination paraît rompue, comme certains dirigeants de société. Ces extensions ne sont valables que pour le droit de la sécurité sociale, pas pour le droit du travail. Parfois étendu du régime général à quelqu'un qui n'a aucune activité professionnelle par exemple les étudiants, ou les invalides et veuves de guerre, les détenus qui exécutent un travail.

Autre situation particulière, celui du conjoint travailleur indépendant qui assiste son conjoint, s'agit-il d'une activité professionnelle ou d'une entraide conjugale ?

**En 1982** loi qui permet à ce conjoint de choisir son statut, 3 possibilités = collaborateur, associé ou statut de salarié. Si le conjoint choisit le statut de salarié = présomption de subordination et l'affiliation au régime général est obligatoire.

**Depuis 1999** on a un autre critère plus large d'affiliation au régime général = la filiation obligatoire liée à la résidence (loi CMU).

## III/ L'affiliation obligatoire liée à la résidence : Loi CMU :

Permettre aux personnes dépourvues d'une couverture sociale de base d'être affilié au régime général, l'affiliation de ces personnes est faite sur un simple critère de résidence. La couverture maladie universelle porte mal son nom, elle n'est pas universelle. Il s'agit d'un dispositif subsidiaire par rapport à tous les autres mécanismes d'affiliation. Une personne ne pourra pas être affiliée à la CMU si elle est affiliée déjà au régime général ou à un autre régime obligatoire. Vient pour des personnes non couvertes en tant qu'assurées sociales, pour ces personnes l'unique critère d'affiliation au régime général c'est la résidence stable et régulière en France depuis plus de 3 mois. Le dispositif de la CMU concerne aussi les étrangers qui doivent seulement justifier qu'ils sont en situation régulière. **Depuis le 1er janvier 2000** toutes ces personnes seront affiliées au régime général. Comme pour les situations précédentes, il s'agit d'une affiliation obligatoire. Puisque cette affiliation est obligatoire elle fait disparaître le régime de l'assurance personnelle (résiliation des contrats d'assurances qui portent sur ce sur quoi porte la CMU). L'affiliation est obligatoire et en principe elle impose le versement d'une cotisation au régime général de 8 %. Ce seuil est à la fois un plafond, en dessous de ce seuil on ne verse pas de cotisations, c'est aussi une franchise car la cotisation sera calculée sur la part de revenu qui dépasse ce seuil.

Cette affiliation obligatoire au régime général correspond à l'aboutissement de la politique de généralisation recherchée depuis 1945. Le progrès est important mais en soi, cette seule étape n'était pas suffisante parce qu'il faut aussi prendre en charge tous les frais qui ne sont pas compris dans le régime de base. Conduit à renoncer à soigner car pas de ressources suffisantes pour avoir un régime complémentaire. Question aussi de l'avance des frais qui peut être un

obstacle pour certaines personnes. L'assurance maladie laisse 25 % des dépenses à la charge des assurées, pour prendre en charge ces 25 % il faut une couverture complémentaire. 84 % de la population a une couverture complémentaire en 1994 mais cela tombe à 45 % pour les personnes dont les revenus étaient inférieurs à 2000 francs par mois.

**Elle prévoit au delà, cette loi, une protection complémentaire gratuite en matière de santé.** Cette protection complémentaire gratuite bénéficie aux personnes qui résident en France depuis 3 mois, profite aussi aux personnes qui ont des ressources inférieures au plafond qui est fixé chaque année en fonction de l'évolution des prix. Si la personne est en dessous de ce niveau de ressource elle doit choisir auprès de l'organisme d'assurance maladie une protection complémentaire qui se fait directement auprès de l'organisme d'assurance maladie ou il peut s'affilier auprès d'une mutuelle ou d'une société d'assurance.

C'est le **système du tiers payant**, permet au plus modestes d'avoir un accès effectif aux soins.

## **Section 2 : L'organisation du régime général**

### **I/ l'organisation administrative :**

Lorsque le législateur décide que certaines catégories sont désormais protégées il pourrait s'en tenir à rendre obligatoire le principe d'une assurance. Mais il laisserai le choix aux intéressés pour l'organisme assureur. Un tel système pourrait satisfaire les non salariés mais ça n'est pas le système qui a été choisi car ce la compliquerait le contrôle des affiliations et ça conduirait à un éparpillement de la population protégée. C'est pourquoi dans notre système on ne laisse pas cette liberté de choix on les oblige à s'affilier à des organismes déterminés, le législateur aménage l'organisation de ces organismes et les contrôle. Pour le régime général, les salariés sont obligatoirement affiliés aux caisses du régime général. Mélange de droit privé et de droit public car les caisses locales et régionales sont des organismes de droit privé mais les caisses nationales sont elles des organismes de droit public.

### **A : Les organismes du régime général :**

Ils sont assez nombreux, dans le souci d'assurer une meilleure gestion **ordonnance de 1967** qui a modifié l'architecture de 1945. Cette réforme a séparé les 3 branches et chacune à une caisse nationale et on a aussi une agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS chargé de gérer la trésorerie commune). 3 branches administratives **mais la loi du 25 juillet 1994** a intégré les maladies du travail et les accidents professionnels au sein du régime général donc c'est une 4<sup>e</sup> branche administrée par la caisse nationale des assurances maladie (4<sup>e</sup> branche gérée au sein de l'assurance maladie). On a 4 branches mais 3 réseaux.

#### **1/LE 1<sup>ER</sup> RÉSEAU C'EST LA BRANCHE MALADIE ET ACCIDENT DU TRAVAIL**

= C'est le réseau le plus vaste.

**Tout en bas on a les caisses d'assurances maladie** = loi du 13 août 2004, il en existe aujourd'hui 128.

**On a les caisses régionales d'assurance maladie qui sont au nombre de 16.** La compétence de ces caisses dépasse l'assurance maladie. Pour ces caisses régionales, la caisse nationale d'assurance vieillesse peut faire appel à ces caisses régionales d'assurance maladie.

**Au sommet de cette pyramide = la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariées qui contrôle toutes les caisses.**

La loi du 13 août 2004 a créé un autre organisme au côté des autres = **l'union nationale des caisses d'assurance maladie**. Cet établissement public doit coordonner les actions des différentes caisses nationales, cette union doit établir des conventions avec l'union nationale des professionnels de la santé.

## 2/ON A LA BRANCHE VIEILLESSE ENSUITE

= organisme unique la caisse nationale d'assurance vieillesse qui gère directement l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

## 3/LA BRANCHE DES PRESTATIONS FAMILIALES, AUJOURD'HUI 119 CAISSES

Ces caisses sont chargées des prestations familiales des salariés mais aussi des travailleurs indépendants mais aussi des travailleurs non actifs. Caisses d'allocations familiales sont chapotées par la caisse nationale de sécurité sociale.

On a des organismes communs à toutes ces branches = notamment les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale autrement dit les URSSAF. Elles sont chargées du contrôle des déclarations et du contrôle du paiement, elles sont placées sous l'autorité de l'agent central des sécurités sociales.

Comment sont gérés ces organismes ? Au sein de ces caisses le pouvoir se partage entre le conseil d'administration et la direction. Le conseil d'administration est chargé de l'orientation générale de la caisse et du contrôle de son fonctionnement. Il doit contrôler l'application par la direction des dispositions légales. En vérité depuis les années 60, les pouvoirs de la direction ont été accrus. Le président de ces caisses est élu par le conseil d'administration. Il a aujourd'hui des compétences propres ou le conseil d'administration ne peut pas empiéter. C'est le directeur de la caisse qui a pris le pas sur le conseil d'administration. En outre en 1996, on a créé un conseil de surveillance au sein de ces caisses qui doivent assurer le contrôle des objectifs fixés à ces caisses.

Comment désigner les membres du conseil d'administrations ? En 1945 le système reposait sur la démocratie sociale, les conseils étaient composés de représentants élus par les assureurs, ce principe a reculé en 1967 on a supprimé l'élection des administrateurs, ils sont désignés directement par les organisations syndicales les plus représentées. En 1967, les représentants des organisations des salariés sont à égalité avec les représentants des organisations patronales.

En 1996 retour au principe du paritarisme.

## **B : La tutelle des pouvoirs publics :**

Pouvoirs publics vont intervenir uniquement quand cette intervention est prévue par un texte législatif.

Légalité et autonomie des organismes de sécurité sociale. Normal que l'Etat exerce une tutelle sur ces organismes. Progressivement l'Etat a transféré vers les organismes nationaux des pouvoirs de tutelle sur les organismes de base. La tutelle principale est celle du ministère chargé de la sécurité sociale (ministère de la santé et de la solidarité). Au niveau national cette tutelle est exercée par la tutelle de la sécurité sociale et au niveau régional, par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (inspection générale des affaires sociales).

Il y a une autre tutelle = celle du ministère de l'économie et des finances.

Le contrôle peut d'abord porter sur les personnes et peut conduire à la dissolution du conseil d'administration des organismes, il porte le plus souvent sur les actes et décisions de ces organismes et ces actes peuvent être annulés ou suspendus en cas d'irrégularité juridique ou si l'acte est susceptible de compromettre l'équilibre financier.

La tutelle s'exerce aussi sur ce qui relève de la gestion financière c'est à dire le vote des budgets, qui sont votés par le conseil d'administration. Le budget des caisses régionales est géré par l'organisme national.

## II: L'ORGANISATION financière :

### A : La problématique du financement de la sécurité sociale :

Problématique récurrente = doit-on financer la sécurité sociale par impôt ou par des cotisations ?

Le système traditionnel en France c'est celui du financement par des cotisations assises sur les revenus professionnels (cotisations partagées entre les employeurs et les employeurs de façon proportionnelle).

Parfois système de plafonnement, au delà d'un certain chiffre, le salaire n'est pas pris en considération. En contrepartie, les prestations sont calculées en fonction du salaire plafonné. Mise en œuvre d'une technique d'assurance. Les avantages de ce système sont nombreux = déjà sa simplicité et le système permet en outre une indexation sur les salaires. De plus normalement ce système garanti l'indépendance de la sécurité sociale car les organismes collecteurs sont à l'abri des vicissitudes financières de l'Etat (dépend pas des choix budgétaires de l'Etat).

Mais inconvénients l'emportent sur les avantages = si les cotisations suivent l'évolution des salaires, les dépenses elles ne suivent pas cette évolution. Les dépenses peuvent augmenter plus vite que les salaires en particulier les dépenses de santé qui augmentent vite. Autre inconvénient = le système des plafonnements, on peut penser que ce système abouti à une répartition inéquitable des charges. Une partie des revenus de ce fait ne cotisent pas. Autre inconvénient = en période de crise économique, chute de la masse des salaires. Lorsqu'il y a une telle chute il y a une baisse du niveau de cotisation donc pour continuer à assurer le financement l'Etat est contraint d'augmenter les niveaux de cotisation.

Sur le plan économique ce système de cotisation basé sur le salaire est un impôt sur le salaire qui constitue un frein à l'emploi.

Part de plus en plus croissante du financement par l'impôt, tentation est grande d'augmenter progressivement la part du financement par l'impôt. Cette croissance du financement par l'impôt aurait beaucoup d'avantages car on retirerait le problème du recouvrement des cotisations car cela serait assuré par l'administration fiscale si cette part de l'impôt continue à augmenter on serait plus dans un système de solidarité nationale. Conception française mêle le régime universel fondé sur la solidarité nationale et fondé aussi sur l'assurance. Dans le financement par l'impôt tous les citoyens participent à la cotisation et pas que les revenus du travail.

Suivant la conception française, un tel mode de financement par l'impôt permettrait une redistribution des revenus plus équilibrés et surtout cela permet de dégager des sommes supérieures.

#### Inconvénients du système de l'impôt

= il est néfaste de rompre le lien qui existe entre l'activité professionnelle et la couverture sociale, on estime aussi que ce système mettrait à mal les relations entre les partenaires sociaux car il précipiterait la fin de la démocratie sociale.

Ce système a des avantages mais en France il n'a jamais été envisagé pour l'instant comme un système général, il est utilisé à titre complémentaire. La part de cotisation était de 82 % en 1995 elle est aujourd'hui de 67,2 %.

En France on instaure quelques taxes = alcool tabac, aussi sur les contrats d'assurance, contribution aux entreprises de préparation de médicaments. 1991 CSG = on a commencé à faire évoluer les systèmes de financements. La CSG est un véritable impôt (qualifié comme tel par le conseil constitutionnel). C'est un impôt un peu particulier c'est parce que l'affectation du produit de l'impôt est précisée. 15 février 2000 CJCE = pour elle c'est une cotisation sociale et pas un impôt, cette CSG ne pouvait pas frapper les revenus d'une personne relevant d'un système étranger de sécurité sociale.

L'étendu de cet impôt est important, il concerne l'ensemble des revenus et depuis 1996 les gains de jeu. Cet impôt est d'autant plus important que depuis sa création son taux n'a cessé d'augmenter. L'augmentation a été portée à 7,5 en 1998 d'un autre côté on a réduit les cotisations salariales mais pas dans les mêmes proportions.

CRDS créé en 1996 = au départ elle devait être limitée à une durée de 13 ans, prolongée en 2003. C'est un financement par l'impôt qui est direct. Mais on va parler parfois de fiscalisation masquée lorsque le financement d'une mesure se fait seulement de manière indirecte par le biais de l'impôt = mesure d'exonération des cotisations de sécurité sociale largement utilisées pour encourager l'emploi et ces exonérations représentent une perte pour les organismes de sécurité sociale. Depuis 1994 l'Etat s'engage en principe à compenser ses pertes, les pertes des organismes de sécurité sociales est prisent en charge par l'Etat.

Le président de la république a fait savoir qu'il souhaitait mettre en œuvre une mesure pour assoire la part patronale non plus seulement sur les salaires par la création d'une nouvelle taxe = la taxe sociale sur la valeur ajoutée.

Il y aurait 2 manières de mettre en œuvre cette taxe =

L'idée est de transférer les cotisations patronales sur les recettes de la TVA, pour les transférer, il faudrait augmenter le taux de la TVA d'environ 4 points. Les partisans de cette mesure considèrent que cela permettrait de réduire le coût du travail et de renforcer la compétitivité des entreprises. Cela ne ferait pas augmenter les prix à la consommation pour plusieurs raisons = pour eux le risques d'inflation est nulle, risque de réduction du pouvoir d'achat est nulle.

Les détracteurs considèrent qu'en réalité pas d'augmentation de la compétitivité des entreprises françaises, parce que les coûts de main d'œuvre dans les pays asiatiques sont déjà beaucoup plus faibles qu'en France. Le point faible est de dire qu'il n'y a pas de risque de réduction du pouvoir d'achat, le risque d'inflation est quand même bien réel. 2<sup>de</sup> approche = il faudrait créer un nouvel impôt qui serait assis sur la valeur ajoutée c'est à dire la richesse créée par une entreprise, avec une modulations des taux suivant le secteur économique, c'est ici qu'on basculerait une partie des charges patronales. Cela semble plus réaliste même si critiques de cette approche = risque de distorsion suivant le secteur d'activité. Il y aurait un handicap pour le secteur à forte valeur ajoutée. De plus il y aurait une discrimination pour les salariés car les plus diplômés c'est à dire ceux qui ont un pouvoir de négociations, pourront récupérer à leur profit la baisse des charges pour obtenir une augmentation des salaires, ça n'est pas le cas pour les salariés les moins qualifiés, eux ont moins de possibilités pour obtenir une augmentation de leur salaire. La mesure est en discussion

## B : Les ressources principales :

### 1 : LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS :

Quelle est la technique de mise en œuvre = c'est un pourcentage du salaire sauf certaines professions dont l'activité ne peut pas être mesurée en un nombre d'heure précise (activité d'hôtellerie par exemple = on va appliquer un forfait de cotisation). Cet effort de cotisation n'est une obligation légale qui concerne tout travail rémunéré. La dette de cotisation prend naissance par le seul effet de la loi dès l'instant où les conditions légales d'affiliation au régime général sont remplies. Très fréquent que l'Etat accorde des exonérations de cotisations, depuis **loi 1994** l'Etat s'engage à prendre en charge ces pertes.

Quels sont les débiteurs de ces cotisations ?

Elles sont partagées entre le salarié et l'employeur, principe important et il a été érigé au rang de principe fondamental du droit de la sécurité sociale par le **conseil constitutionnel en 1960**. En pratique le salaire brut c'est le salaire total moins les cotisations patronales. Le salaire net c'est le salaire brut diminué des cotisations salariales. On a 2 débiteurs mais c'est l'employeur qui doit verser les 2 parts de cotisation à l'URSSAF. Ce principe ne s'applique pas dans tous les domaines, en matière de risque professionnel et pour les prestations familiales ce sont uniquement les employeurs qui cotisent.

Quelle est l'assiette exacte de ces cotisations ?

Le calcul des cotisations s'effectue sur la totalité des salaires et des rémunérations et cette notion de rémunération est comprise de manière assez large, pour décourager les fraudeurs déjà et en raison des impératifs financiers. **L 242-1 code de la sécurité sociale** = assiette, vise toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail. L'assiette des cotisations porte en 1<sup>er</sup> lieu sur les salaires, la rémunération effective, mais cela va au delà car l'obligation de cotiser porte aussi sur des avantages en nature (nourriture, logement, cadeaux offerts aux salariés). Ces avantages en nature vont être appréciés soit suivant la valeur réelle de ces avantages soit selon une technique forfaitaire. On prend encore en considération toutes les primes versées par l'employeur, tout ce qui a un lien avec le contrat de travail, concerne aussi certains compléments de salaire comme les pourboires qui sont parfois évalués de manière forfaitaire (chauffeur de taxi, salariés des cafés et restaurants). Sont aussi concernées les rémunérations exercées à titre de garantie de ressource, la Cour de cassation a admis qu'une indemnité versée après le décès du salarié à ses ayants droits, une telle indemnité est soumise à cotisation en dépit de la disparition du salarié, de même avec les indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail dès lors que l'initiative de la rupture du contrat de travail est de l'employeur. Ce critère de l'initiative de la rupture date de l'année 2000 avant il fallait distinguer suivant l'objet de l'indemnité, savoir si elle pouvait être assimilée à une rémunération ou s'il elle avait pour objet de réparer un préjudice matériel ou moral. La J prolonge cette acception = cour de cassation J qui porte sur les avantages obtenus par le biais du comité d'entreprise, pour la cour ces avantages sont soumis à cotisation, en temps que complément de rémunération. Dans cette J la cour refuse de distinguer entre les sommes versées pour le compte de l'employeur et les sommes qui relèvent de l'activité sociale du comité d'entreprise. Pour la cour, l'activité sociale s comité d'entreprise n'exclue pas l'idée d'une rémunération. Cette solution est constante. L'administration a donné pourtant des avis contraires par l'intermédiaire d'instructions ministérielles. Une seule exception admise par la chambre sociale c'est l'attribution extraordinaire par le comité d'entreprise d'une somme d'argent en raison d'une situation



sociale particulièrement digne d'intérêt (allocation versée aux parents d'enfant handicapé, mais exclu par exemple les bourses d'études ou l'indemnité versée au conjoint à l'occasion du décès du salarié).

Le débiteur principal demeure l'employeur mais la cour admet qu'il peut appeler le comité d'entreprise en garantie. Ca n'incite pas le comité à prendre des initiatives. La loi a prévu un plancher en deçà duquel le revenu n'est pas pris en considération et pour les calculs de cotisation de l'assurance vieillesse il y a également un système de plafond. Au delà d'un certain montant salaire pas pris en considération pour le calcul des cotisations. Autrefois le système du plafond était d'application générale, plafonds abandonnés à partir de 70 car jugés injustes. Il s'est maintenu dans la branche vieillesse parce que les salariés cadres et les employeurs cotisent pour la partie du salaire supérieure au plafond.

En principe le taux des cotisations est uniforme dans chaque branche. Mais particularité en matière d'accident du travail, le taux de cotisation varie suivant le risque de la branche d'activité et suivant l'effectif de l'entreprise. L'idée est d'affiner et de préciser la technique de l'assurance, moduler le taux des cotisations en fonction du risque de l'entreprise. Idée d'incitation, incité l'employeur à mettre une politique de prévention pour éviter les accidents du travail. Corrélation entre le taux des cotisations et les risques encourus.

## **2 : LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS :**

Dans le régime général cela relève de la mission de l'URSSAF, mission de recouvrement. URSSAF créé par les caisses primaires dans le but de séparer la mission de service et prestation de celle de recouvrement des prestations. C'est une création de la pratique qui a été **légalisée à partir de 1960**, ils ont pris ensuite leur autonomie. Aujourd'hui ces organismes ont l'exclusivité de la mission de recouvrement et ils doivent assurer le contrôle du respect des dispositions du code de la sécurité sociale. Il ne faut pas assimiler l'URSSAF à l'administration fiscale, c'est différent. Les URSSAF sont des organismes de droit privé autonomes dotés chacun de la personnalité morale. Le législateur tente aujourd'hui de prévenir en amont des divergences par exemple à propos des entreprises à établissements multiples qui peuvent relever de plusieurs URSSAF, le législateur admet que lorsque la paye du personnel est centralisée dans un même lieu, ces entreprises peuvent être autorisées à verser toutes leur cotisation au même organisme.

Améliorer la sécurité juridique des employeurs = **ordonnance du 6 juin 2005** a prévu l'opposabilité de la doctrine administrative qui garantit une plus grande égalité juridique. Doctrine administrative = celle de l'administration par le biais des circulaires, cette ordonnance rend opposable aux URSSAF les circulaires du ministre chargé de la sécurité sociale, tout du moins quand elles ont été publiées et lorsqu'elles portent sur la législation relative aux cotisations de sécurité sociale. La conséquence est que les employeurs peuvent se prévaloir de l'interprétation donnée par le ministre de même pour les salariés qui peuvent s'opposer à un redressement. Pas de valeur normative des circulaires pour la cour de cassation mais pour le conseil d'Etat elles ont un pouvoir créateur de droit. Si le recouvrement est assuré par l'URSSAF, en réalité c'est sur les employeurs que pèsent de nombreuses obligations.

### **a : Les obligations de l'employeur :**

Les employeurs doivent verser une cotisation salariale et patronale à l'URSSAF. Règle importante = l'employeur ne peut pas imputer sa contribution sur le salaire verser, sa



contribution doit rester exclusivement à sa charge. L'employeur agit directement pour le compte de son salarié.

Si jamais il oublie de précompter ces cotisations il peut demander au salarié la répétition de ces cotisations ou en restitution. Le principe fonctionne dans le sens inverse, si le précompte est supérieur au montant réel des cotisations, le salarié possède une action en répétition. Le salarié ne peut pas s'opposer à ce principe en s'opposant à l'affectation de ces cotisations. L'arrêt 9 décembre 1993 = la liberté de penser, de religion, de conscience, n'autorise pas le salarié à demander le remboursement d'une fraction de ses cotisations.

Le principe est que le paiement est trimestriel quand pas plus de 9 salariés, il devient mensuel à partir de 17. Chaque année l'employeur adresse à son URSSAF une déclaration qui pour chaque salarié récapitule la totalité des cotisations versées. L du 1<sup>er</sup> août 2003 = permet au créateur ou a repreneur d'une entreprise de demander le report du paiement des cotisations sociales ou un étalement sur 5 années, peut y avoir une exonération totale de cette 1<sup>ère</sup> année si le créateur est un ancien chômeur ou une personne en difficulté.

En général régime de paiement rigoureux.

Si un employeur rencontre une difficulté de paiement = délai auprès du directeur de l'organisme mais il ne pourra obtenir ces délais que s'il a intégralement réglé les cotisations salariales.

Le régime est d'autant plus sévère que la cour exclue l'application à ces délais du délai de grâce de droit commun.

Autre exemple de cette sévérité = si délai de paiement par le directeur de l'organisme, la cour considère que ce délai ne suspend pas les majorations des pénalités de retard. Cela ne suspend pas l'exigibilité de la dette, cette majoration n'est attachée qu'à cela.

Ces cotisations sont redevables sur les salaires qui sont dus ou uniquement sur les salaires qui ont été effectivement versés ?

Renvoi à la question du fait générateur de la dette. **La règle générale est que se sont uniquement les salaires qui ont été versés qui donne naissance à cela, c'est la paiement du salaire (des rémunérations) qui rend exigibles les cotisations. C'est le paiement qui fixe le point de départ du délai de règlement.**

Paradoxe = en rattachant le fait générateur au versement de la rémunération, on autorise l'employeur de se prévaloir de sa propre inexécution. Sa propre inexécution se traduit pour lui par un avantage.

Il y a des **dérogations** = ouverture d'une procédure collective contre l'employeur. Procédure ouverte contre un débiteur d'une entreprise en difficulté, règlement collectif des créanciers, objectif est avant tout le redressement de l'entreprise en difficulté. Ce sont fréquemment les organismes sociaux qui vont faire ouvrir en pratique une telle procédure. Les créances antérieures à la procédure ne peuvent pas être payées. Les créances postérieures au jugement d'ouverture, en principe elles sont payées à l'échéance.

Pour mettre fin à une J divisée des juges du fond = ma cour a considéré que le fait générateur ici c'est l'exécution du contrat de travail et non le versement du salaire (dans le cadre de la procédure collective).

Le travail antérieur à l'ouverture fait naître une dette antérieure, à l'inverse le salaire du pour un travail postérieur à l'ouverture fait naître une dette postérieure qui doit être prélevée à l'échéance.

Ces obligations représentent des formalités importantes qui peuvent constituer un frein à la création d'entreprise c'est pourquoi on essaie de simplifier les procédures.

Exemple de simplification = 1981 création des centres de formalités des entreprises, ces centres au moment de la création d'entreprise se charge des formalités à remplir auprès des

organismes de sécurité sociale. 1985 = les employeurs doivent regrouper dans un document unique les informations annuelles qui doivent fournir aux organismes de sécurité sociale (déclaration annuelle des données sociales faite auprès d'un interlocuteur unique).

#### b : Sanctions de l'employeur :

Le manquement va permettre la mise en œuvre de sanctions civiles et pénales.

Sanctions civiles = majorations de retard, ils sont dus sans aucune mise en demeure de l'employeur et dus même s'il conteste le montant de ces cotisations. La dette est d'abord majorée de 10 % s'il ne paye pas et 2 % supplémentaires par fraction de trimestre. Nature juridique de ces sommes supplémentaires ? 2 possibilités = ces majorations sont un élément de ressource au même titre que les cotisations (accessoires des cotisations). Ou alors, on dit que ces majorations sont de véritables sanctions avec un objectif comminatoire et répressif, on pourrait les comparer à l'astreinte judiciaire. La doctrine majoritaire penche plutôt pour la première solution. Même nature juridique que les cotisations.

Sanction pénale = Contraventions qui peuvent aller jusqu'à la 5<sup>e</sup> classe. Le retard de paiement ne peut en aucun cas être imputable au salarié. Les salariés ne peuvent pas perdre leur droit à prestation si l'employeur n'a pas exécuté son obligation.

#### c : Les procédures de contrôle :

Les organismes ont un grand pouvoir, rôle des URSSAF comparable à celui des administrations fiscales. Les URSSAF doivent contrôler l'exactitude des déclarations et des paiements. URSSAF = organisme de droit privé, mais ils n'ont pas le pouvoir d'exiger des tiers des informations utiles pour la procédure de contrôle. L'URSSAF peut juste organiser un contrôle sur place. Ils doivent respecter certaines formalités, contrôle précédé de l'envoi d'un avis à l'employeur 15 jours avant au moins. Parfois le contrôle peut avoir lieu de façon inopinée quand il y a soupçon de travail dissimulé, en dehors de cette H l'employeur doit toujours être prévenu.

Au moment du contrôle l'URSSAF peut demander à l'employeur tous les documents nécessaires, ils peuvent aussi interroger sur le lieu de travail les salariés et uniquement eux. Comme en matière fiscale, les contrôleurs doivent respecter le principe du contradictoire = influence de la J de la CJCE qui a développé une J expansive sur le fondement de l'article 6&1. Au terme du contrôle les inspecteurs doivent adresser une lettre d'observation où on doit trouver la nature et le montant des redressements qui sont éventuellement envisagés. Délai de 30 jours pour répondre à cette lettre. Lettre importante car elle assure le caractère contradictoire de la procédure de contrôle, son omission entraîne la nullité de la procédure.

Conséquence importante qui s'attache au redressement = l'autorité de la chose décidée, affirmée par la cour de cassation par analogie avec l'autorité de la chose jugée, puis consacré par un décret du 28 mai 1999. Une décision prise par un organisme dans un précédent contrôle ne peut pas être annulée lors d'un nouveau contrôle. Les décisions prises par l'URSSAF s'imposent à elle, éviter les redressements successifs. Portée large de l'autorité de la chose décidée, si l'URSSAF garde le silence, ce silence est considéré comme une décision implicite.

#### d : Le recouvrement forcé :

Après la date limite on peut mettre en œuvre le recouvrement forcé à condition que l'URSSAF mette en demeure l'employeur, elle n'est pas formelle, on doit trouver le montant, la nature et les causes concernées par les cotisations ainsi que les périodes. Si ces mentions

manquent, la mise en demeure est nulle. La MED ne peut concerner que les cotisations des trois dernières années, prescription des cotisations tous les 3 ans.

L'employeur a un mois pour régulariser la situation, une fois ce délai expiré, l'URSSAF peut mettre en œuvre une action en recouvrement. Elle peut être lancée devant le tribunal des affaires de la sécurité sociale. L'URSSAF dispose d'une procédure exorbitante, procédure accélérée qu'on appelle la contrainte, elle permet à l'URSSAF de se passer d'un jugement de condamnation. Il s'agit d'un acte d'huissier qui va être adressé directement au débiteur, cet acte d'huissier va emporter les mêmes effets qu'un jugement, c'est donc un véritable titre exécutoire qui permet donc de mettre en œuvre l'exécution forcée. On va pouvoir saisir des biens. C'est à ce stade que la cour de cassation autorise des délais de grâce avant, seul le directeur de l'URSSAF peut le faire jusqu'à l'exécution forcée. Procédure qui montre la supériorité des créances sociales.

Privilege général sur les biens meubles du débiteur pour l'URSSAF.

Ces procédures exorbitantes ne garantissent pas le recouvrement, il peut y avoir échec de l'exécution forcée. L'URSSAF si elle n'a pas été payée, peut-elle engager si il n'y a pas eu recouvrement, peut-elle engager une procédure en responsabilité directe contre le dirigeant ? Les dettes de cotisation incombent uniquement à l'employeur or lorsqu'on a une personne morale, cette personne c'est le dirigeant. Cette action en responsabilité contre les dirigeants sera possible en cas de faute caractérisée du dirigeant.

La J est claire, certes les dirigeants risquent une condamnation pénale mais paiement personnel que si on démontre une faute particulière.

### III/ Les prestations du régime général :

#### A : Les assurances sociales :

##### 1 : L'ASSURANCE MALADIE :

C'est l'un des éléments fondamentaux de tout système de sécurité sociale, indispensable pour garantir l'effectivité du droit à la santé. Ce droit est un droit à valeur constitutionnel. Il doit permettre un accès aux soins et la compensation du salaire en cas d'arrêt de travail. Pour garantir son effectivité le champ d'application de cette branche se doit d'être le plus large possible. A l'origine seuls les salariés bénéficiaient de ce régime, puis étendu aux exploitants agricoles et en 1966 aux salariés non agricoles. Cette effectivité suppose aussi des prestations très variées pour couvrir les frais médicaux les plus divers. Le revers de la médaille c'est le poids financier important, le déficit de la sécurité sociale c'est avant tout celui de l'assurance maladie. En dernier lieu = loi du 13 août 2004. Les tentatives de maîtrises sont vouées à l'échec car les dépenses n'ont pas cessé d'augmenter, lié aussi au comportement des assurés sociaux qui ont un comportement consumériste.

##### a/Les personnes couvertes par l'assurance maladie :

Ce sont en 1<sup>er</sup> lieu les assurés sociaux, les personnes affiliées au régime général. Pour éviter que des personnes soient privées de leur droit aux prestations, la loi prévoit une période de maintien des droits, pendant cette période, l'assuré sociale conserve ses droits à des prestations en nature pendant 4 ans et aussi ses droits aux prestations en espèce pendant 12 mois. Si jamais à l'expiration de cette période la personne n'a pas retrouvé la qualité d'assuré social, elle peut bénéficier de la couverture maladie universelle. Ce bénéfice des prestations n'est pas uniquement réservé aux assurés sociaux, caractère familial très marqué. Le bénéfice de l'assurance maladie s'étend aux ayants droits qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

Le bénéfice de prestation pour ces ayants droits est logique, loi du 27 juillet 1999 a donné à ces ayants droit une plus grande autonomie. Aujourd'hui, s'ils le souhaitent, ils peuvent obtenir une identification autonome qui leur permet de recevoir eux mêmes les prestations en nature. Mais ils ne peuvent pas recevoir de prestations en espèce.

Qui sont ces ayants droits ? Les membres de la famille ou les proches de l'assuré social. Les ayants droits = article L 313-3 code de la sécurité et ce texte vise le conjoint de l'assuré. Avant l'instauration de la CMU en cas de séparation, difficulté à avoir une couverture sociale, avant CMU, la situation des femmes était relativement précaire, leur couverture dépendait de leur situation familiale, la CMU (loi de 1999) permet également à l'ayant droit de bénéficier d'une période de maintien des droits de 4 ans. Les évolutions sociologiques ont conduit à élargir ce cercle des ayants droits. Depuis 1978 est également considéré comme ayant droit la personne qui vit maritalement avec un assuré social et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente (L 175-14).

La cour de cassation avait retenu une définition étroite du concubinage en écartant le concubinage homosexuel = le législateur a voulu briser cette J = loi de 1993 qui intègre dans les ayants droits la personne « qui vit avec l'assuré social », et qui est depuis au moins 12 mois à sa charge effective, totale et permanente. Ce qui permet d'intégrer d'autres situations que le concubinage. Pour éviter les abus, cette situation ne permet d'attribuer la qualité d'ayant droit qu'à une seule personne. Cette loi de 1993 était une avancée même si à propose des baux la cour a maintenu sa position, mais loi du 15 novembre 1999 qui intègre une définition du concubinage dans le code civil. Cette même loi de 1999 donne expressément la qualité d'ayant droit à la personne liée par un PACS. L 315-3 vise aussi comme ayant droit, les enfants de l'assuré, âge limite est de 20 ans pour ceux qui ne font plus d'études. On considère aussi comme des ayants droits l'ascendant, le descendant, le collatéral, jusqu'au 3e degré, ou personne qui doit vivre avec l'assuré et se consacrer entièrement à l'éducation à la charge de l'assuré.

#### b/Prestations offertes par l'assurance maladie :

Distinction fondamentale = dans l'assurance maladie distinction entre prestation en nature et en espèce. Les prestations sont en nature lorsqu'elles se traduisent par la fourniture de biens ou de services, ici les services médicaux et para médicaux et même si concrètement c'est le remboursement des soins.

La prestation est en espèce lorsqu'elles consistent directement dans le versement d'une somme d'argent et que l'affectation de cette somme n'est pas précisément déterminée (revenu de substitution ou de complément).

- PRESTATIONS EN NATURE :

Il suffit à l'assuré d'avoir cotisé pendant une période assez courte = un mois ou 60 heures de travail au cours du mois. Les principales prestations en nature concernent la couverture des frais médicaux, prestations très vaste, cette couverture peut aller au delà de la nomenclature, mais pour cela il faut l'accord préalable du service de contrôle médical de l'assurance maladie, cet accord préalable concerne en pratique les cures thermales. Cette couverture fait constamment l'objet de réforme, la médecine française est une médecine essentiellement libérale, l'organisation de la couverture médicale en est rendue très complexe. Il faut concilier des principes contradictoires, le remboursement des prestations doit faire l'objet de nombreux aménagements. Concilier l'indépendance des professions libérales avec la volonté d'une meilleure gestion = difficulté constante et récurrente. On peut nourrir certains regrets quant à l'absence d'une nationalisation de la médecine. Le code de la sécurité sociale reconnaît le principe du libre choix d'installation du médecin. Liberté des prescriptions du médecin et également la liberté du patient quant au choix du médecin, cette liberté du patient est un

principe fondamental mais le législateur avec loi du 13 août 2004 en atténue la portée. Aujourd'hui l'assuré ou l'ayant droit doit choisir un médecin traitant et il déclare ce choix à son organisme d'assurance maladie, c'est ce médecin traitant qui peut le diriger vers un spécialiste. L'assuré peut s'il le souhaite consulter un autre médecin, mais il supporte alors une part plu importante du prix, il est moins bien remboursé, c'est la mise en œuvre du parcours coordonné. Le 12 août 2004 = la conseil constitutionnel a validé cette mesure, il a considéré que ça n'était pas en contradiction avec la liberté de choix du patient, car assuré peut changer de médecin traitant quand il le souhaite, et ensuite il peut consulter un autre médecin (majoration financière). Seule réserve = le montant de la majoration ne doit pas remettre en cause l'effectivité du droit à la santé. Loi du 13 août 2004 = crée le dossier médical personnel, rappelle le principe du secret professionnel, ce dossier a pour but de favoriser la coordination, la qualité des soins. Dans ce dossier médical, chaque praticien doit reporter les éléments diagnostiqués, et reporter aussi la thérapie nécessaire à l'coordination des soins. Normalement le médecin reste libre quant au contenu de la prescription. Mais on impose au médecin d'observer la plus stricte économie compatible avec la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins. Pratique contestée devant le CC = elle a été validée par lui. Il part d'une approche pragmatique, le législateur doit concilier le respect de la vie privée avec les exigences constitutionnelles de protection de la santé. La loi de 2004 accentue l'encadrement des prestations, il est prévu que les caisses d'assurance maladie doivent vérifier que les actes qui sont pratiqués n'excèdent pas les indications posées dans les textes. Les prestations en nature concernent aussi les frais pharmaceutiques. Pour pouvoir rembourser, les pharmacies doivent remplir 2 conditions = obtenir l'autorisation de mise sur le marché (1), les médicaments doivent figurer sur une liste établie par le ministère chargé de la sécurité sociale (2). Pour pouvoir figurer sur cette liste, les médicaments doivent avoir prouvés qu'ils sont susceptibles de rendre des services médicaux, l'amélioration qu'ils peuvent apporter sont examinés par une commission nationale de transparence. Autre catégorie = le remboursement des frais de transport qui peuvent être pris en charge, elle sera subordonnée à un accord préalable de la caisse, ou il faut que la prescription du médecin atteste de la nécessité du transport pour le malade. Quelles sont les modalités du bénéfice des prestations en nature ? Souvent, l'assuré doit faire l'avance des frais, et ensuite il demande le remboursement de ces soins à la caisse d'assurance maladie avec la carte vitale. Mécanisme de l'assurance, remboursement. Cette avance peut être pénalisante car elle n'est pas systématique, souvent remplacée par la technique du tiers payant (souvent pour les dépenses d'hospitalisation, celles liées à un accident du travail ou une maladie professionnelle). On peut également conclure une convention de délégation de paiement = peut être conclue avec une mutuelle ou une compagnie d'assurance, c'est la mutuelle ou l'assurance qui règle directement les dépenses au patient pour ensuite se faire rembourser par la caisse. C'est un organisme privé qui paye le médecin et se retourne ensuite vers la caisse. Remboursement du tarif conventionnel établi sur chaque type d'acte par les conventions nationales conclues avec les syndicats représentatifs. Le conseil constitutionnel y voit un principe fondamental du droit de la sécurité sociale (22 janvier 1990). On prend en considération uniquement le tarif conventionnel, sur ce tarif le remboursement n'est pas complet, on a une part qui relève de la participation de l'assuré appelé « le ticket modérateur », le montant de ce ticket est variable, suivant les actes il varie entre 20 et 65 %. Il est de 20 % pour les frais d'hospitalisation. 65 % pour les médicaments de confort. L'idée de ce ticket est de responsabiliser l'assuré, l'imiter l'aggravation du déséquilibre financier, mais il reste fréquemment dénoncé ce ticket, il discrimine les personnes qui disposent d'un revenu très modeste. Il peut être couvert par une assurance complémentaire encore faut-il que le coup de cette assurance ne soit pas trop élevé. Au final avec ce ticket se sont toujours les personnes les plus modestes qui en supportent les

conséquences. En plus du ticket, la loi du 13 août 2004 a ajouté une contribution forfaitaire à la charge de l'assuré, pour chaque acte médical, cette contribution ne peut pas être couverte par les organismes complémentaires. Le but c'est de faire prendre conscience aux assurés de la réalité des dépenses de santé. Ce ticket est pris en charge pour certaines personnes dans le cadre de la CMU par rapport aux conditions de revenu. Le principe du ticket va être écarté pour certaines prestations = remboursement complet des frais avancés, la loi prévoit une dizaine de cas d'exonération (dépenses liées à un état de grossesse dans les 4 mois qui précèdent l'accouchement, ou lorsque l'état du bénéficiaire exige, justifie la fourniture de certains appareils). L'exonération de ce ticket peut être aussi décidée par la caisse primaire elle-même. Les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique de déremboursement des soins qui sont jugés abusifs et inutiles, cette politique passe notamment par une augmentation du ticket modérateur. Critique de cette politique = risque de conduire indirectement à une forme de privatisation de la sécurité sociale, parce que le terrain qui est abandonné par la sécurité va être conquis par les organismes privés (proposeront une extension de garantie à 100 %).

- LES PRESTATIONS EN ESPÈCE :

Indemnités journalières, pour en bénéficier les conditions = elles sont réservées aux assurés sociaux, il faut au moins 6 mois de cotisations avant l'arrêt de travail, elle s'allonge lorsque les indemnités sont versées pendant plus de 6 mois. La nécessité médicale de l'arrêt de travail doit être constatée, elle doit être totale et physique qui ne doit pas être une conséquence d'une faute de l'assuré. Suppose l'absence totale de travail. La J assimile parfois une activité professionnelle ponctuelle à un travail prohibé. La caisse est habilitée à sanctionner l'assuré social s'il ne respecte pas les prescriptions du médecin. J rigoureuse, elle admet qu'on peut sanctionner l'assuré qui n'a pas respecté les heures de sorties même quand l'intention frauduleuse fait défaut, elle est présumée. Ce contrôle par les caisses a été renforcé par la loi de 2004. Ce régime n'est pas très favorable, car relative faiblesse du montant de ces indemnités. Ces indemnités sont versées après un délai de carence de 3 jours (éviter l'absentéisme). Elles représentent seulement 50 % du gain journalier (pour les 3 premières semaines dans la limite d'un plafond) puis on passe au 2 tiers de ce gain pour les assurés qui ont au moins 3 enfants à charge. Ces indemnités peuvent être versées pendant 3 ans puis vient l'assurance invalidité qui prend le relais. C'est pas une garantie de salaire, c'est plus une garantie de revenu minimum.

## 2 : L'ASSURANCE MATERNITÉ :

En apparence, assez proche de l'assurance maladie car le but de cette assurance c'est d'indemniser les dépenses médicales et les pertes de revenu qui sont la conséquence d'une grossesse et d'un accouchement, cette assurance est un élément important de la politique démographique, doit permettre d'encourager la natalité, l'objectif réel va au delà de cela = le but de cette assurance c'est aussi la protection maternelle et infantile (prévenir les risques pour la santé de la mère et de l'enfant).

Les bénéficiaires = sont les mêmes personnes que pour l'assurance maladie (l'assuré social mais aussi les ayants droits notamment le conjoint de l'assuré). Pour les prestations = en nature et en espèce.

Les prestations de l'assurance maternité sont plus favorables que celles de l'assurance maladie. Tous les frais sont pris en charge, ici pas de ticket modérateur donc plus favorable. Ordonnance du 15 avril 2004 = améliore encore cette couverture en intégrant dans l'assurance maternité certaines dépenses qui relevaient auparavant de l'assurance maladie. On prend en compte les frais relatifs à la grossesse et à l'accouchement et on prend en considération certains examens intervenus en dehors de cette période, examen pré et post natal ou ceux de

surveillance de l'enfant jusqu'à ses 6 ans. Régime aussi plus favorable pour les prestations en espèce = période qui suit l'accouchement, cette période de repos, sa durée varie en fonction du nombre d'enfant déjà à charge, la durée de base c'est 6 semaines avant et 10 semaines après l'accouchement. Durée varie en fonction des conventions collectives. Pour percevoir les prestations en espèce il faut 10 mois d'immatriculation, il faut déclarer sa grossesse qui doit intervenir dans les 14 premières semaines de la grossesse et il faut suivre certains examens. Ici le taux est de 100 % du gain net journalier, il faut déduire les cotisations salariales et la CSG. Depuis loi du 21 décembre 2001 = l'assurance maternité a aussi pour objet l'indemnisation du congés de paternité (11 jours qui suivent les 4 mois de la naissance).

### **3 : L'ASSURANCE INVALIDITÉ :**

Indemnisation d'une incapacité permanente qui ne trouve pas sa cause dans un accident du travail ou un maladie professionnelle. Cette assurance prend la suite de l'assurance maladie. Qu'est ce qu'une maladie ? L'invalidité c'est une réduction stabilisée de la capacité de travail ou de gain, provient d'une blessure qui se prolonge après sa consolidation. Cette blessure réduit les capacités de gain, il faut au moins une réduction des 2 tiers de la capacité de travail. Suivant la gravité de l'état les invalides vont être placés en 3 catégories et le montant de la prestation dépend de la catégorie. Pour en bénéficier il faut avoir moins de 60 ans et avoir été immatriculé pendant 12 mois avant l'accident. L'invalidé et ses ayants droits peuvent bénéficier de l'assurance maladie.

A côté de cette pension d'invalidité on a la pension d'un veuf ou veuve invalide, concerne l'assuré social invalide décédé qui laisse une personne de moins de 55 ans lui-même invalide. Régime dont la faiblesse est dénoncée = grande faiblesse du système de sécurité français.

### **4 : L'ASSURANCE VIEILLESSE :**

L'assurance vieillesse est le socle des assurances sociales.

L'assurance vieillesse du régime général est la plus importante en terme de retraités. Le système français est quand même efficace au niveau des retraites = diminution constante des bénéficiaires des minima sociaux pour les personnes âgées, donc le système fonctionne bien mais très complexe. Il n'y a aucune uniformité = 25 régimes de base et ensuite une multitude de régimes complémentaires pas forcément obligatoires. Au moment de la création du régime général en 1945 on a maintenue les régimes spéciaux déjà en place.

1948 = régime autonome des travailleurs indépendants puis régime des travailleurs agricoles.

Au delà des régimes de base et complémentaires on a le minimum vieillesse pour les personnes âgées les plus modestes. La plupart des retraités perçoivent plusieurs pensions, celles de leur régime de base et celles du régime complémentaire.

On a rendu obligatoire une part des régimes complémentaires = donne en pratique des situations variables. En moyenne les pensions des femmes sont plus faibles que celles des hommes aujourd'hui encore, en moyenne elles représentent la moitié de celle des hommes.

L 21 août 2003 = organise une information collective et générale à destination des assurés, prévoit la création d'un groupement d'intérêt public qui doit rassembler les données pour une meilleure information des assurés.

Le problème majeur de l'assurance vieillesse c'est celui de son financement qui repose sur un débat récurrent = financement par capitalisation ou par répartition ? Le système français repose sur la répartition. La répartition consiste pour les membres d'un groupe professionnel en activité à payer les cotisations qui sont immédiatement reversées sous forme de prestation au retraité. En payant les cotisations on acquiert aussi un droit à la retraite pour les membres de cette entreprise en activité et une retraite financée suivant ce même procédé. Il a symboliquement une valeur importante, ce système de répartition met en œuvre une solidarité



entre les générations. Sur un plan technique autre avantage = il est à l'abri du déclin de la monnaie, de la perte de sa valeur. L'efficacité de ce système dépend des variations démographiques. C'est le montant des pensions qui est menacé à terme si le passif prend trop sur l'actif, tentation forte d'augmenter les cotisations et d'ajuster les recettes. Incertitude sur l'avenir des retraites, beaucoup souhaite qu'une place plus importante soit faite au financement par capitalisation, repose sur l'épargne qui peut être individuelle (quand utilisée par les contrats d'assurance vie) c'est aussi une épargne qui peut être collective. C'est toujours une épargne, on a des cotisations qui sont placées en actif mobilier ou immobilier qui produit des revenus. Au final le capital formé par les cotisations et les revenus de ces cotisations, est transformé en droit de la retraite.

Permet une relative sécurité juridique et aussi de fournir des financements pour les investissements, on apporte de l'argent sur les marchés.

Défaut majeur de cette technique = suppose une longue période de cotisation et aussi la capacité financière pour verser ces cotisations.

Quelque soit le système choisi = l'efficacité de l'assurance vieillesse repose toujours sur la vitalité de l'économie d'un pays, à elles seules aucune des deux techniques ne permet d'assurer un financement complet des retraites. C'est celle qui est capable d'offrir du travail en masse aux jeunes générations.

**L 21 juillet 2000** : Article 1<sup>er</sup>, cette loi renouvelle formellement le choix de la retraite par répartition. L'ambition est cette loi est de mettre en œuvre une vraie réforme du système des retraites. **Décret 2000 = crée le conseil d'orientation des retraites**, son rôle est de réaliser régulièrement un diagnostic sur l'état du système. **Loi de financement de 1999** avait créé le fond de réserve des retraites, l'idée est de constituer un fond pour lisser les hausses futures des cotisations. **Loi de 2003** se veut très ambitieuse mais elle n'a rien de révolutionnaire. La grande faiblesse de cette loi est de reposer en grande partie sur des H très optimistes de croissance économique. La loi prétend à la fois garantir le financement des retraites et en même temps un haut niveau de pension. Objectif = le niveau des pensions en 2020 doit atteindre deux tiers des revenus d'activité. On veut favoriser l'emploi de plus de 55 ans mais aussi retarder le moment du départ à la retraite. En 2008 = pour bénéficier d'une pension il faudra 40 années de cotisations. La loi joue aussi sur les cotisations et prévoit une hausse des cotisations des retraites qui devrait être compensée par une baisse des cotisations chômage. La loi est trop optimiste = baisse du taux de chômage à 4,5 %. L'augmentation des cotisations de retraite pourra se révéler insupportable si le départ à la retraite ne se traduit pas directement par une baisse importante du chômage. La loi souhaite donner plus de libertés aux assurés sociaux. Par exemple on pourra créer un droit au rachat d'un certain nombre d'années d'études. Elle favorise le cumul d'un emploi et d'une retraite. Elle favorise aussi l'épargne individuelle avec le plan d'épargne populaire pour la retraite, ce plan est fondé sur des incitations fiscales. Autre idée = cette réforme de 2003 tente d'harmoniser les régimes de bases.

#### PRESTATIONS CONTRIBUTIVES :

Elles répondent à une logique d'assurance, l'octroi de cette prestation suppose le versement antérieur de cotisation, ce versement est le compte parti des cotisations versées durant toute la vie. Prestations non contributives garantissent un revenu minimum aux personnes âgées les plus modestes (logique d'assistance).

#### a/Les prestations contributives :

C'est le système de l'assurance sociale (revenus sous forme de pension) on distingue les droits de l'assuré et ceux du conjoint survivant.

#### DROIT DE L'ASSURÉ



= Pour bénéficier d'une pension de retraite, la durée des cotisations n'est pas une condition rigoureuse, pour bénéficier d'une pension de retraite il suffit de justifier d'un trimestre d'activité. Mais le droit à la pension de retraite n'est ouvert qu'à l'âge de 60 ans depuis 1982. A la suite de la réforme de 2003 certaines personnes entrées très tôt sur le marché du travail (ouvriers agricoles) peuvent demander leur départ à la retraite avant 60 ans, elles doivent justifier au minimum d'une durée d'assurance de 42 ans. La loi permet aussi d'organiser progressivement le départ à la retraite, activité professionnelle à temps partiel (cumul salaire + retraite). L'essentiel est de savoir comment on va calculer la pension de retraite, pour cela, le 1<sup>er</sup> élément à prendre en compte c'est le salaire de référence. Avant 1993, on avait un mode de calcul favorable au salarié, on prenait en considération les 10 meilleures années de son activité. Le 22 juillet 1993 a opté pour un mode de calcul beaucoup moins favorable, on prend en considération le salaire moyen des 25 dernières années. Cette mesure sera entièrement en vigueur en 2007. Ce salaire de référence est plafonné. Depuis 1945 = augmenter de manière constante le taux, pensions étaient faibles car le taux était de 20 % du salaire moyen des 10 dernières années pour 30 années de cotisations. Aujourd'hui le taux plein est de 50 % du salaire annuel et on va lui appliquer des décotes si jamais l'assuré prend sa retraite avec des trimestres manquants. Il faut avoir cotisé pendant 40 ans pour avoir le taux plein aujourd'hui ou 160 semestres. Exigence rigoureuse car l'entrée dans le marché du travail se fait de plus en plus tard, de plus il y a plus de période d'interruption qu'auparavant. Cette politique d'augmenter le nombre de semestre nécessaire risque de se poursuivre car la loi de 2003 prévoit de porter cette exigence à 164 trimestres. Certaines périodes non cotisées vont être assimilées à des périodes cotisées, la loi prévoit le service national et les périodes de chômage involontaires. Les femmes peuvent bénéficier d'une majoration de la durée d'assurance d'un trimestre par enfant élevé. On a certaines personnes qui vont bénéficier de cela sans avoir complètement cotisé (taux plein) se sont assurés reconnus inaptes au travail, anciens déportés, et aussi les mères de familles qui ont élevé au moins 3 enfants à charge. Même en bénéficiant du taux plein, la pension reste mince c'est pourquoi des régimes supplémentaires viennent se rajouter sur les régimes de base = ils ont été créés par la voie de la négociation politique et sont le + souvent obligatoires. Actuellement il y a une centaine de régimes complémentaires (les + importants sont regroupés au sein de l'association générale de retraite des cadres et de celle des régimes de retraite complémentaires pour les non cadres).

#### DROITS DU CONJOINT SURVIVANT

= c'est ma fameuse pension réversion qui actuellement est de 54 % du montant de la pension de retraite du défunt. Cette pension en réversion apparue dès 1935 parce que c'était une époque où la crise de 1929 faisait ressentir ses effets, nombre important de veuves sans ressources. Les femmes le plus souvent vont bénéficier de cette pension. Auparavant il fallait être âgé d'au moins 55 ans et le mariage devait avoir duré au moins 2 ans. La loi de 2003 a supprimé ces conditions, elle a supprimé la perte de ce droit par le remariage. La seule condition pour en bénéficier c'est d'être marié au moment du décès de l'assuré et ne pas dépasser un certain plafond de ressources.

#### b/Prestations non contributives :

Sont versées sans condition, l'idée ici, est celle de l'assistance, c'est venir en aide aux personnes âgées les plus démunies, c'est la garantie d'un revenu minimum pour les personnes qui ont plus de 65 ans. Autrefois, système était complexe car on avait plusieurs allocations de base, mais l'ordonnance du 24 juin 2004 qui a supprimé toutes ces différences, elle les a remplacé par une prestation unique applicable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006. C'est l'allocation d'une solidarité aux personnes âgées. Le montant de cette allocation de base est souvent insuffisante, donc pour compenser sa faiblesse, dès 1956 on a créé le fond national de

solidarité et en 1993 ce fond est devenu le fond de solidarité vieillesse (pas confondre avec le fond de réserve pour les retraites ci-dessus). Ce fond était auparavant financé par la vignette automobile. Aujourd'hui ce fond est financé par les cotisations sur le tabac et une fraction de la CSG...

Ce fond de solidarité verse une allocation supplémentaire qui peut s'ajouter à la pension si le cumul de ces revenus ne dépasse pas un certain seuil. Cette allocation de solidarité + compléments = le minimum vieillesse.

### **5 : L'ASSURANCE DÉCÈS :**

Apporter une aide financière aux ayants droits d'un assuré social décédé. Assez modique on l'analyse comme une forme de couverture pour les charges immédiates liées au décès. Les bénéficiaires sont ceux qui au jour du décès étaient à la charge effective et permanente de l'assuré, à défaut, c'est le conjoint survivant ou le partenaire d'un PACS. Indemnité versée sous la forme d'un capital qui représente 80 fois le gain journalier de base de l'assuré. Ce montant est souvent complété par la protection sociale complémentaire.

## **B/ Le risque professionnel :**

Les prémices de cette législation c'est d'abord le développement du machinisme au 19<sup>e</sup> siècle qui a entraîné une multiplication des accidents aux conséquences toujours plus dramatique. Les victimes de ces accidents ne pouvaient pas obtenir une indemnisation car elles n'étaient pas en mesure d'apporter la preuve d'une faute. Pour appréhender cette question sociale on a d'abord pensé à se placer directement sur le terrain de la responsabilité contractuelle, imposer à l'employeur une obligation contractuelle de sécurité qui aurait été une obligation de résultat. L'avantage de cette obligation est que dès lors qu'un accident survient la victime est dispensée de rapporter la preuve d'une faute. Obligation qui a été imposée par la J dans beaucoup de travaux. Cette obligation contractuelle de sécurité a finalement été reconnue par la cour en 1997. Depuis 2002 cette obligation de sécurité est aussi reliée à la faute inexcusable. 1896 = reconnaissance de la responsabilité du fait des choses.

### **LOI DU 9 AVRIL 1898**

= été sur les accidents du travail, cette loi est un événement majeur dans le droit de la protection sociale, symbole important cette loi, elle est venue avant les assurances sociales. Par la suite domaine étendu aux maladies professionnelles en 1919 par une loi. Aujourd'hui on parle de couverture des risques professionnels. Avec cette législation on sort pour la 1<sup>ère</sup> fois du droit commun de la responsabilité. Cette loi est la 1<sup>ère</sup> vraie application de la théorie du risque = au départ théorie du risque profit.

L 1898 = imposait à l'employeur le paiement d'une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé par avance en fonction de la gravité de la blessure, mais souvent elle ne couvre qu'en partie le préjudice subi. A l'époque seule la force majeure permettait à l'employeur d'échapper au paiement de cette indemnité. Le montant pouvait être augmenté en cas de faute inexcusable de l'employeur. Il peut être diminué en cas de faute inexcusable du salarié (L 1898).

Mais l'application de cette loi était limitée aux entreprises industrielles, progressivement cela a été étendu notamment aux exploitations agricoles, aux commerces et en 1938 à toutes les entreprises. L 411-1 code de la sécu réserve le bénéfice de cela à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprises. Le champ d'application a progressivement été étendu. Les personnes qui ne relèvent pas du régime général et dont le régime ne couvre pas ce risque, peuvent bénéficier d'une assurance volontaire individuelle contre les risques professionnels. Les conditions d'ouverture des droits

ici sont quasiment inexistantes, pas d'exigence quand à la durée d'immatriculation ou de l'activité professionnelle antérieure à l'accident.

En 1898 on était encore dans un régime de responsabilité aménagée par le législateur, **en 1945, on a abrogé cette loi de 1898**, et la réparation des accidents du travail a été intégré dans **l'organisation générale de la sécurité sociale (L 3 octobre 1946)**. Donc ça n'est + un mécanisme de sécurité car se sont les caisses de sécu qui perçoivent les cotisations et qui versent les indemnités forfaitaires.

Aujourd'hui le débiteur de ces indemnités ce n'est plus l'employeur, se sont les caisses de sécu. L'idée n'est plus celle d'un risque assumé par l'employeur, **depuis 1946** idée du risque social qui justifie l'existence de ce régime, repose plus sur l'assurance que sur la responsabilité. La faute fait son retour quand il s'agit d'une faute intentionnelle ou inexcusable, il y aura des répercussions sur le montant de la réparation.

### **1 : LES RISQUES COUVERTS :**

#### **a/L'accident de travail :**

La J estime que l'accident du travail est celui qui survient à l'occasion du travail, mais on va plus loin, que le sens stricte, la loi appréhende aussi les accidents de trajet. On assimile les accidents de trajet aux accidents de travail même si leur régime est différent.

- **1-L'ACCIDENT DE TRAVAIL AU SENS STRICTE**

= **on a 2 critères** : il faut un accident et qu'il ait un lien avec le travail.

#### **\* Notion d'accident**

car il faut distinguer l'accident du travail de la maladie professionnelle dont le régime est différent. Distinction pas simple, dans les deux cas, on va avoir un préjudice physique et des lésions corporelles. La distinction est difficile entre accident et maladie, car tous les deux peuvent être constitués par n'importe quelle type de lésion corporelle. Interprétation large de la notion de la lésion (dépression nerveuse survenue après un entretien = accident de travail 2003). A l'origine la définition jurisprudentielle de l'accident était plutôt restrictive, l'accident était caractérisé par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme. Donc soudaineté et violence sont des causes extérieures. Définition critiquée car jugée trop restrictive. Critère de la violence des événements critiqué et de l'extériorité. La J a peu à peu assouplit les critères. A partir des années 70, c'est le critère de la soudaineté de l'événement (maladie professionnelle lorsque la lésion est apparue progressivement, aboutissement d'une longue évolution jurisprudentielle).

Ce critère de la soudaineté en apparence assez simple conduisait à des difficultés d'interprétation d'où le fait que la J l'ai abandonné. Parfois il était difficile de distinguer entre la réalisation soudaine de la lésion et l'apparition soudaine de la lésion (exemple du salarié sujet à des problèmes cardiaques = si l'accident cardiaque survient au cours du travail, alors que le salarié faisait face à une situation urgente qui a déclenché la crise ce sera une victime d'accident. S'il est victime au cours du travail d'un problème cardiaque mais sans qu'on puisse le relier à l'exécution du travail, la plus problématique). La cour de cassation retient une définition encore plus souple de l'accident du travail (violence et extériorité abandonnés comme critère) aujourd'hui la cour délaisse le critère de la soudaineté. La cour se contente d'un événement dont la date est certaine. L'évolution apparaît clairement avec un arrêt de la chambre sociale de 2003 = en l'espèce c'était un salarié qui avait demandé à ce que sa sclérose en plaque soit prise en charge en tant que accident du travail, il se fondait sur le fait qu'elle était liée à une vaccination contre l'hépatite B, vaccination indispensable pour l'exercice de sa profession. Cette demande avait été rejetée par les juges du fond. Ils avaient considérés qu'on n'avait pas d'événement soudain. Décision censurée par la cour de

cassation, elle décide « que constitue un accident du travail un événement, une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail ». C'est la date certaine de l'événement, dès lors qu'on peut dater l'événement à l'origine des lésions c'est lui qu'on retient pour les accidents du travail. Critère de la soudaineté même pas mentionné, puis par la suite solution confirmée. Il faut retenir le critère de la date certaine de l'événement pour l'accident du travail et incertitude quand à cette date pour la maladie professionnelle.

### **\* Le lien avec le travail de l'accident**

= code de la sécu sera considéré comme tel celui survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Facilité par des critères assez larges qui nous rappelle l'équivalence des conditions. L'accident doit être survenu à un moment où le salarié était sous l'autorité de son employeur, situation de subordination. La protection est écartée par exemple pour le salarié en grève ou celui sous le coup d'une sanction disciplinaire. Cas le plus simple = quand accident est survenu par le fait du travail, le lien de causalité la, est direct. Par contre lorsque l'accident survient à l'occasion du travail, le lien de causalité est un peu plus distendu. Ces dans ces cas la que les difficultés vont survenir. D'autant plus de difficultés que la cour reconnaît un pouvoir souverain des juges du fond pour apprécier le caractère professionnel ou non de l'accident. Les tribunaux retiennent une notion plutôt extensive, favorable à la victime, à l'aide du simple critère du temps et du lieu de travail. L'idée pour légitimer l'accident de travail c'est l'aire d'autorité de l'employeur. Il aurait été possible d'avoir une approche plus restrictive = le seul événement qui résulte de l'exécution du travail, de la mission confiée au salarié. La J préfère appréhender plus de situations, il suffit pour elle que le fait accidentel soit lié à l'exercice de la profession chaque fois que la profession a été l'occasion de son apparition = accident du travail. C'est le critère de l'équivalence des conditions. Tout préjudice qui se manifeste simplement au temps et au lieu du travail, est présumé s'être produit à l'occasion du travail. La simple preuve qu'une lésion apparaît au moment où le salarié est sous l'aire d'autorité de l'employeur = présomption d'imputabilité qui dispose le salarié d'apporter la preuve du LC entre l'accident et le travail (salarié victime d'une bagarre pendant le travail = accident du travail). Le simple fait que son dommage soit arrivé par le fait du travail déclenche cette présomption. La J apprécie cela de manière souple, on y intègre l'accident au cours d'une pause voire pendant un repas dans l'entreprise. Pour renverser cette présomption, la caisse de sécurité sociale doit démontrer le préjudice dont souffre le salarié serait survenu de manière identique sans le travail. Elle doit démontrer que le travail n'a joué aucun rôle dans la réalisation de ce préjudice, par exemple en démontrant un état pathologique antérieur au travail. On peut renverser la présomption si le salarié s'est entièrement soustrait à l'autorité de l'employeur, mais une simple désobéissance ne suffit pas. Le plus souvent quand le préjudice survient au temps et lieu de travail, la présomption est quasiment irréfragable. Le préjudice doit se manifester immédiatement, au moment de l'accident ou très peu de temps après. Si la lésion apparaît en dehors de ce temps et de ce lieu, c'est au salarié de rapporter la preuve du LC entre le préjudice et l'accident, le préjudice et le travail. Pour avoir un lien avec le travail, l'accident doit en principe survenir sur le lieu du travail ou ses dépendances (garage, cantine, voies d'accès et de sortie à l'entrepôt). Le critère essentiel est celui de l'accident survenu alors que le salarié était sous l'autorité de l'employeur.

Accident en dehors des locaux de l'entreprise = H de l'accident de mission (différent de l'accident de trajet). L'accident de mission survient au cours d'un déplacement professionnel. Concerne les VRP, les routiers ou le personnel naviguant de l'aviation civile. Pour être qualifié d'accident du travail, l'accident doit être survenu quand il y a dépendance de l'employeur, la J la plus récente se montre souple par rapport à cette dépendance car elle ne

distingue plus les actes de la vie professionnelle de ceux liés à la vie courante. Dans les actes de la vie courante, le salarié retrouve une certaine indépendance par rapport à l'employeur. Depuis 2001 = la cour refuse de distinguer elle embrasse très largement tous les accidents survenus au cours de la mission. La seule réserve posée par la cour c'est quand le salarié interrompt sa mission pour un motif personnel (ne doit pas être confondu avec les actes de la vie courante). La présomption joue aussi pour les accidents survenus au cours de la mission. Arrêt du 13 février 2003 = salarié décédé dans sa chambre d'hôtel, pour la cour, décès au cours de la mission donc le jeu de la présomption était acquis. Le fait que le salarié soit dans sa chambre n'est pas considéré comme un motif personnel. On a encore des difficultés pour les accidents survenus au retour d'une mission. ON considère que c'est encore un accident du travail quand le salarié qui rentre chez lui repasse au préalable à son boulot. 1992 = salarié qui rentre directement chez lui = cour considère qu'il s'agit d'un accident de trajet, aujourd'hui elle pense plutôt pour l'accident de mission (arrêt de 2003). Qualification d'accident du travail > qualification d'accident de trajet. Le revirement s'explique assez facilement, depuis L du 27 janvier 1993 la victime d'un accident du travail (de mission) peu exercer une action en réparation complémentaire contre son employeur ou contre le préposé de l'employeur lorsque cet accident est en même temps un accident de la circulation. Auparavant, cette action complémentaire était ouverte uniquement dans le cadre des accidents de trajet.

- ACCIDENT DE TRAJET

=Tous les déplacements rendus nécessaires pour le travail. Ca n'est pas un accident de droit commun, pas couvert par l'assurance maladie, ça n'est pas non plus un accident du travail à proprement dit. Protection apparue après celle des accidents du travail au sens stricte donc après L de 1898. Mais la J avait cherché à étendre la protection légale lorsque le salarié avait un accident dans les dépendances de l'entreprise. Mais deux lois du 30 octobre 1956 et juillet 1957 on a intégré ces accidents de trajet dans les risques professionnels, d'abord en raison de leur relative fréquence. Mais aussi ensuite parce que ces trajets sont rendus nécessaire par l'exécution du contrat de travail. La victime va bénéficier des mêmes prestations que pour l'accident de travail au sens large. La définition de l'accident de trajet est très large, la loi prend en considération l'accident qui est survenu pendant le trajet d'aller et de retour entre d'une part la résidence principale, la résidence secondaire stable, ou encore tout autre lieu où le travailleur se rend habituellement pour des motifs d'ordre familial et d'autres part, le lieu de travail, le restaurant, la cantine ou le lieu où le travailleur prend ses repas. La cour estime que cela relève du pouvoir souverain des juges du fond, on laisse une part importante au cas particulier, cela dit, ici pour cet accident on peut dire que la J tend à se montrer plus restrictive car ici le salarié n'est pas dans un état de subordination. Cette restriction va se manifester en recherchant le lien entre l'accident et le travail, le trajet doit avoir un lien avec le travail. On écarte la qualification en cas de suspension du salarié ou on ne va pas la retenir pour les déplacements liés à une activité syndicale. Il faut aussi que l'accident ait eu lieu au cours du trajet, le trajet doit avoir commencé mais ne doit pas s'être terminé. Par exemple = n'est pas un accident de trajet, celui qui survient alors que le salarié était rentré à son domicile puis en était ressorti pour payer le taxi. De même n'est pas un accident de trajet celui qui survient dans le jardin de la victime alors qu'elle se préparait à partir au travail. D'un autre côté l'accident n'est pas de trajet quand il survient dans les locaux de l'entreprise. La J considère aussi que le trajet doit être le plus direct possible, et effectué dans un temps normal compte tenu de l'horaire du travail. Quand le salarié interrompt son trajet = la qualification sera souvent écartée, parce que lorsqu'on interrompt le trajet, le rapport avec le travail devient artificiel. La loi écarte cette qualification chaque fois que le parcours est détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel. L 17 juillet 2001 intègre le covoiturage.

**L'accident de trajet est un accident de travail parce que dans ses rapports avec la sécurité sociale, la victime est placée dans la même situation que si elle avait eu un accident du travail au sens strict.** La victime va bénéficier des mêmes prestations que la victime d'un accident du travail, cela dit la distinction se justifie, régime de ces accidents n'est pas entièrement similaire. L'absence d'autorité de l'employeur se répercute sur la victime. Vis à vis de la sécurité sociale, sa situation est la même mais il n'en va pas de même vis à vis de ses relations avec l'employeur. Depuis L du 6 août 1963 = la victime peut agir pour obtenir une réparation intégrale, contre le responsable de l'accident et échapper à l'indemnisation forfaitaire, même si sont responsable est l'employeur ou l'un de ses préposés. La protection des accidents du trajet est assurée par des cotisations forfaitaires et nationales, le montant de ces cotisations ne présentes aucun lien avec les risques générés.

### **b/Les maladies professionnelles :**

C'est en 1919 protection des maladies du travail étendues aux maladies professionnelles. La définition de ces maladies est plus rigoureuse que les accidents du travail, il ne suffit pas de raisonner par opposition par rapport à ce qui a été dit par rapport aux accidents du travail. Ecarter la qualification d'accident ne suffit pas à retenir le qualificatif de maladie professionnelle. Une maladie va être considérée comme d'origine professionnelle lorsqu'elle figure sur une liste fixée et mise à jour par les pouvoirs publics. Article 461-1 al 2 code de la sécurité sociale prévoit qu'est présumée l'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contracté dans les conditions mentionnées à ce tableau. Cette liste comporte 98 tableaux, dans ce tableaux les maladies sont groupées, il existe 3 types de maladies = maladies caractérisées par des manifestations morbides d'intoxication chronique, puis les infections microbiennes et les infections résultant de l'ambiance ou d'une attitude particulière imposée au travailleur dans sa mission (mal de dos). Chaque tableau va comprendre 3 parties = désignation de la maladie, délai de prise en charge ou d'incubation, puis liste indicative ou exhaustive des travaux susceptibles de provoquer la maladie. Le salarié doit apporter une double preuve (doit prouver qu'il est atteint d'une maladie qui figure dans la liste légale, et doit démontrer qu'il était employé dans des travaux considérés dans la liste comme susceptible de provoquer une maladie), s'il rapporte cette double preuve = présomption quant à l'origine professionnelle de sa maladie. Pour renverser cette présomption la caisse doit démontrer que la maladie a une cause étrangère, difficile pour la caisse de la renverser. Ce système de tableau est un peu trop rigide. Le législateur a tenté d'assouplir cela en 1993. Depuis loi du 27 janvier 1993 = le salarié peut faire reconnaître de manière individuelle le caractère professionnel de sa maladie même si sa maladie ne figure pas sur la liste ou encore si elle ne répond pas précisément aux conditions du code de la sécurité, il peut obtenir ça après un avis motivé du conseil régional. Aujourd'hui on a 2 possibilités d'extension individuelle = 1) L 461-1 al 3 : la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau, peut être reconnue d'origine professionnelle quand il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Dans cette H la maladie est inscrite dans un tableau, mais ce sont les conditions prévues par le tableau qui ne sont pas remplies. Pour faire reconnaître le caractère professionnel, il doit prouver le lien direct entre les travaux et la maladie. Interprété de manière souple par la cour, cette exigence ne signifie pas que le travail est la cause unique de la maladie (19 décembre 2002 = salarié dont la fonction était de préparer des colorants en textile, après 30 ans il développe un cancer du poumon, figure dans les tableau, il remplissait certaines conditions, le problème c'est qu'il n'avait pas accompli l'un des travaux limitativement énumérés par le tableau. Il devait prouver le lien direct entre travaux et sa maladie, mais le salarié était un gros fumeur, c'est parce qu'il était gros fumeur



que la caisse refusait de considérer sa maladie comme liée à sa profession. Ca n'était pas l'avis de la CA, approuvée par la cour de cassation. La cour en déduit que même si le cancer peut être dû à plusieurs facteurs, il a pu être directement causé par son travail habituel. Le texte n'exige pas que le travail soit la cause unique ou essentielle de la maladie. ) 2) la maladie ne figure pas dans les tableaux, mais elle peut quand même être prise en charge, conditions plus rigoureuses, si le salarié démontre que la maladie résulte directement et essentiellement du travail. Mais cela ne suffit pas, le salarié doit démontrer que la maladie a entraîné le décès de la victime ou une incapacité permanente de travail = à au moins deux tiers des capacités antérieures. La réforme de 1993 est appréciable car elle est plus souple, mais les spécialistes de la matière n'ont pas manqué de souligner que la procédure de reconnaissance d'une maladie hors liste est particulièrement rigoureuse.

## **2 : LA RÉPARATION :**

Logique que la procédure soit plus rigoureuse pour contrôler que la maladie a bien une origine professionnelle, la procédure doit être garante de cette origine professionnelle. Pour bénéficier de cette prestation, la victime en cas d'accident, doit faire au préalable la déclaration de son accident à l'employeur qui doit en principe intervenir dans les 24 heures de l'accident. La loi prévoit ce délai, mais cette obligation est relative car la loi ne prévoit aucune sanction à une défaillance du salarié. Si on est en présence d'une maladie, il faut informer la caisse dans un délai de 15 jours à compter de la cessation du travail. Dans les 2 cas, l'employeur peut remettre une feuille d'accident ou de maladie au salarié qui la présentera à son médecin. On impose aussi à l'employeur une obligation de déclaration à la caisse. Cette obligation est sanctionnée sur le plan pénal et civil. La caisse peut avertir l'inspection du travail. Parfois il y a une instruction suivant la gravité de l'accident ou de la maladie, dans les 24 heures, enquête contradictoire pour vérifier le caractère professionnel. Dans tous les cas, la caisse a toujours la possibilité de faire examiner la victime par un médecin.

### **a/La réparation forfaitaire :**

- **PRESTATION POUR INCAPACITÉS TEMPORELLES DE TRAVAIL**

=Prestation accordée, les conditions sont plus souples et elles sont plus étendues que celles perçues au titre de l'assurance maladie. Si l'accident ou la maladie est la cause d'une incapacité temporelle de travail, il peut bénéficier de prestations en nature qui sont les mêmes que celles examinées dans l'assurance maladie (fourniture matérielle, rééducation...). Ici deux particularités = 1) ces prestations en nature couvrent l'intégralité des frais engagés autrement dit, aucun ticket modérateur ne s'applique ici. 2) en plus, le salarié n'a pas à faire l'avance des frais. Les organismes règlent directement les sommes dues. Système du tiers payant, il suffit de produire la feuille remise par son employeur.

Prestations en espèce = sous forme d'indemnité journalière, le but est d'indemniser la perte de salaire, mais le régime est plus favorable que celui de l'assurance maladie en particulier, ici pas de délai de carence. La victime a le droit à une indemnité journalière de 60 % dès le lendemain de l'accident. L'indemnité est portée à 80 % dès le 29<sup>ème</sup> jour, sans condition d'enfant à charge. Le salaire de référence pour calculer ces indemnités, est compris de manière plus large (on vise l'ensemble du salaire ainsi que ses éléments annexes).

- **PRESTATIONS POUR INCAPACITÉS TOTALE DE TRAVAIL**

= quand après consolidation de la maladie, la victime ne peut pas reprendre une activité, elle peut bénéficier d'une rente, et en cas de décès c'est les ayants droit qui la touche. Rente fixée par un barème, il faut rechercher le taux d'incapacité de la victime, expertise amiable ou judiciaire et pour déterminer ce taux, il faut regarder un barème officiel assez détaillé qui n'a

cela dit, qu'une valeur indicative. Pour fixer ce taux, il faut prendre en considération les blessures mais aussi l'état général de la victime. Avec ce barème et l'état général de l'autre côté, on mélange une appréciation in abstracto et une in concreto. Exemple de taux d'incapacité = la perte des deux yeux : 100 %, l'amputation d'une jambe (70 %), les deux (100 %). Autre paramètre à prendre en considération = le montant du salaire de la victime. Le système est complexe, chaque année on a des arrêtés qui fixent certains chiffres qui représentent le salaire annuel qui est pris en considération pour le calcul. Jusqu'à deux fois le salaire minimum, le salaire annuel est entièrement pris en considération. Entre 2 et 8 fois ce salaire de référence, le salaire annuel est pris en considération pour un tiers. Si le salaire annuel de la victime ne dépasse pas deux fois le salaire de référence, et si le taux d'incapacité est de 100 % = la rente va couvrir tout. La réparation du préjudice sera intégrale. Si jamais le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la rente est automatiquement convertie en un capital. L'emploi de la victime est protégé pendant sa période d'inactivité, depuis 1981, le contrat de travail est suspendu mais l'employeur est privé du droit de le résilier.

- LE CARACTÈRE FORFAITAIRE DE CETTE RÉPARATION =

Dés 1898, la réparation des risques professionnels, dès l'origine est éloignée du droit de la responsabilité en éloignant l'exigence de la preuve d'une faute et en se contentant de la preuve d'un dommage ayant un LC large avec l'exécution du contrat de travail (abandon de la faute). En 1898 loi adoptée après de longues discussions avec les employeurs. Cette innovation s'est réalisée au pris d'un compromis quant à l'étendue de la réparation, on a admis le principe d'une réparation automatique, il a fallu se résoudre à écarter le principe de la réparation intégrale. Compromis pas remis en cause en 1946 quand les risques professionnels ont été intégrés dans les... Ce caractère forfaitaire vise essentiellement les prestations en espèce qui sont plus importantes que celles versées par l'assurance maladie, pour autant elle ne répare pas l'intégralité du préjudice. Ces prestations ne concernent qu'une partie du préjudice corporel (c'est la souffrance et ses conséquences économiques). Normalement dans le droit commun, il s'agit des pertes subies et des gains manqués, ici prestations ne prennent en considération que les pertes subies (perte du salaire mais de manière incomplète, ignore le préjudice moral). En principe, le salarié ne reçoit que cette indemnisation forfaitaire, ou lui-même ou ses ayants droits sont privés d'agir en réparation complémentaire, la loi le prive de cette action sur le fondement du droit commun de la responsabilité contre l'employeur ou contre le préposé auteur de l'accident. Dans le régime des risques professionnels, l'employeur et son préposé bénéficient d'une véritable immunité même si on peut relever à leur égard un fait générateur de responsabilité, la loi leur accorde une immunité. Autre restriction par rapport au droit commun qui est jurisprudentielle = la J prend en considération les prédispositions de la victime pour réduire l'indemnisation. Ça signifie que si la victime était déjà en partie invalide, c'est uniquement la part du préjudice imputable à l'accident qui sera pris en compte. Cette restriction de la réparation a été facilement acceptée en 1898, le progrès était réalisé vis-à-vis des victimes, progrès réel. Mais dans le droit contemporain, on a plus de difficulté à justifier cette restriction car le droit de la responsabilité est entièrement voué au culte de la réparation intégrale en France. Cette réparation intégrale joue même en l'absence d'une faute (responsabilité sans faute). Arrêt importants rendus le 19 juin 2003 = rejettent l'idée émise par certains auteurs selon laquelle il pèserait sur la victime une obligation d'immuniser son dommage, il faudrait diminuer la réparation de la victime si elle n'a pas pris des mesures raisonnables pour diminuer ce préjudice. La cour rappelle la force du principe de réparation intégrale, la victime n'est pas tenue de limiter son préjudice dans l'intérêt du responsable. Loi du 5 juillet 1985 sur les accidents de la circulation = cette loi simplifie l'indemnisation de la victime, quasi automatique. Mais on n'a pas abandonné le principe de la réparation intégrale. Parallèle entre



loi de 1898 et de 1985 = améliorer la réparation, mais réparation intégrale, ce compromis ne fonctionnera pas aujourd'hui par rapport à 1898. Pour la loi de 1985 le maintien de la réparation intégrale ça a conduit à instaurer un régime moins favorable pour le conducteur, ce conducteur peut se voir opposer sa faute pour exclure ou limiter un droit à réparation. Cette restriction est apparue nécessaire car on a maintenue la réparation forfaitaire. Il faut souligner qu'il n'est pas surprenant que la règle de la réparation forfaitaire qui reste le principe, ait tendance à reculer. Peu à peu les majorations gagnent du terrain, et on se rapproche de la réparation intégrale. Depuis 1963 dans le régime d'accident de trajet, la victime peut obtenir des dommages et intérêts complémentaires en exerçant une action en responsabilité de droit commun contre son employeur. Depuis loi du 27 janvier 1993 = pour les accidents de la circulation quand l'accident de travail et en même temps un accident de la circulation. Législateur a introduit des régimes particuliers qui permettent de revenir à la réparation intégrale = exemple : Le salarié victime d'une contamination accidentelle par le virus du sida peut obtenir une réparation intégrale auprès du fond d'indemnisation des transfusés mais ensuite il sera privé de toute action contre l'employeur. Les pouvoirs publics ont créé le fond d'indemnisation des victimes de l'amiante, ce fond n'a pas pour objectif de verser une réparation intégrale, il verse une indemnité qui vient compléter les autres. À l'avenir il ne serait pas surprenant que le principe de la réparation intégrale continue à gagner du terrain, + J plus souple et laxiste dans la définition de la faute inexcusable.

### **b/L'extension de la réparation en cas de faute intentionnelle ou inexcusable :**

Cette immunité joue seulement en présence d'une faute simple ou en l'absence de faute que ce régime décrit des risques professionnels s'applique normalement. Par contre la faute écartée dès la loi de 1898, elle fait son grand retour quand elle est intentionnelle ou inexcusable permet majoration ou diminution de la réparation.

- LA MAJORATION DE LA RÉPARATION

= a lieu en présence d'une faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés.(1) Si faute intentionnelle la sécurité sociale prévoit que la victime peut agir contre l'auteur de l'accident. Autre conséquence : la caisse de sécurité sociale peut exercer une action en remboursement des sommes qu'elle a versées.

Qu'est ce que cette faute intentionnelle ? Elle est caractérisée quand son auteur a voulu les conséquences dommageables, le préjudice a été souhaité par l'auteur de la faute. Ça n'est pas l'acte en lui-même qui a été voulu, se sont ses conséquences. Il existe des H dans lesquelles elle peut être caractérisée du fait d'une bagarre qui éclate entre plusieurs salariés, les blessures recherchées sont le résultat d'une faute intentionnelle. Le compromis de 1898 dans ce cas là n'a plus de raison de s'appliquer. Dans une telle H, le litige relève des juridictions de droit commun.

L'employeur peut se voir opposer une cotisation supplémentaire par la caisse d'assurance maladie. En présence d'une faute inexcusable (2) depuis loi de 1976, pas de retour au droit commun de la responsabilité, simplement une majoration du montant de la rente et l'indemnisation du préjudice complémentaire. Ce sont les sommes qui sont versées par la sécurité sociale qui augmentent et pas la responsabilité. Le montant de la rente autrefois était gradué selon la gravité de la faute inexcusable, système assez laborieux à mettre en œuvre et donnait lieu à des divergences d'interprétation.

On applique juste aujourd'hui le système de la rente plafond, le salarié va toucher la fraction du salaire qui correspond à l'incapacité de travail. En cas d'incapacité totale, le montant de la rente correspondra au montant du salaire. La rente reste versée par la sécu directement mais cette majoration du montant de la rente entraîne pour l'employeur le paiement d'une cotisation supplémentaire. Par cette augmentation de cotisation, la sécu doit récupérer le

montant de la majoration. Puis aussi prise en charge des préjudices complémentaires dont la liste est dans le code L 452-3. Permet véritablement d'améliorer la réparation car prise en compte des souffrances physiques et morales, ainsi que les préjudices esthétiques et d'agrément et on prend aussi en considération le préjudice qui résulte de la perte ou de la diminution des possibilités de perte d'augmentation.

Pour ces préjudices complémentaires c'est toujours la caisse qui verse les soldes mais elle récupère directement ses soldes auprès de l'employeur, elle ne les récupère pas par le biais d'une cotisation supplémentaire. La loi de 1976 reconnaît à l'employeur la possibilité de s'assurer pour sa responsabilité du fait de sa faute inexcusable.

Avec la faute inexcusable pas vraiment un retour à la responsabilité de droit commun, c'est encore une responsabilité forfaitaire même si elle est très améliorée. La définition de cette faute a une importance considérable. Son application est potentiellement large, ce n'est pas la faute intentionnelle = suivant l'interprétation qui en est donnée par la J, c'est toute la portée du principe de la réparation forfaitaire qui est susceptible d'être remis en cause, on se rapproche de la réparation intégrale. C'est la clef de voûte du régime des accidents professionnels. On retrouve cette faute dans d'autres régimes spéciaux, il a été introduit pour la 1<sup>ère</sup> fois en 1898, le législateur introduit cette nouvelle catégorie de faute mais ne prend pas la peine de la définir. Donc c'est le J qui tient un rôle considérable, celle relative au droit des accidents du travail qui a dessiné les principaux contours de cette faute.

La cour de cassation exerce son contrôle sur cette notion et après une période d'incertitude, la 1<sup>ère</sup> définition rigoureuse date d'un arrêt du 15 juillet 1941 « dame veuve Bila » = « la faute inexcusable est une faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire de la conscience du danger que devait avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel de la faute intentionnelle ».

→ Dans cette définition de 1941 on a 3 éléments positifs =

- 1) l'exceptionnelle gravité ;
- 2) la conscience du danger que son auteur aurait du avoir (auteur n'a pas recherché le dommage mais en a accepté délibérément le risque ;
- 3) Le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission.

→ S'ajoutent 2 éléments négatifs =

- 1) l'absence d'intention de provoquer le dommage ;
- 2) l'absence de toute cause justificative. On est quelque part entre la faute lourde et la faute intentionnelle. Par rapport à la faute intentionnelle ici l'auteur n'a pas souhaité le dommage mais il a privilégié l'éventualité du dommage sur la prévention et la sécurité (chef d'entreprise qui est averti des dangers de son entreprise mais qui ne fait rien).

La définition reste restrictive car on exige un acte volontaire à distinguer de la simple imprudence ou négligence, + acte d'une exceptionnelle gravité. La cour à ce moment la respecte le compromis de 1898 mais définition rigoureuse, donc contraire à l'intérêt des victimes, car dur d'apporter la preuve d'une faute inexcusable.

Récemment la cour a amorcé une évolution majeure du 28 février 2002 = 29 arrêts rendus à propos d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Ces personnes avaient obtenus la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie, et ensuite ces victimes ont intenté des actions complémentaires pour la réparation de la par non couverte par les prestations de la sécu.

Nouvelle définition de la faute inexcusable = la chambre sociale se détache de la définition de 1941 et place cette faute dans l'orbite de l'obligation contractuelle de sécurité imposée à l'employeur. Aujourd'hui pèse sur lui une obligation de sécurité de résultat. Dans ces arrêts la chambre admet donc cette obligation et dans un second temps, elle admet que le manquement

à cette obligation s'analyse en une faute inexcusable lorsque l'employeur avait ou aurait du avoir connaissance du danger auquel étaient exposés les salariés et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour les en préserver. De l'ancienne définition la cour ne reprend que l'élément de conscience du danger, ce qui n'est pas clair c'est que dans cette définition la cour mêle un critère objectif (obligation de résultat = seule la preuve du dommage suffit), à un élément subjectif = l'employeur aurait du avoir conscience du danger.

Pourquoi mêler cette obligation à la définition d'une faute, innovation étendue aux accidents du travail (avant que maladies professionnelles).

Cette définition a été reprise par le juge administratif pour admettre la responsabilité de l'Etat (3 mars 2004). Cette définition a été consacrée par l'assemblée plénière de la cour de cassation du 24 juin 2005. En raison de son ambiguïté, difficile d'apprécier la véritable portée de ce changement. Cela dit, il est évident que cette définition est plus souple que la précédente, on exige toujours que l'employeur ait conscience du risque par contre la faute inexcusable n'est plus d'une exceptionnelle gravité. 2002 la chambre sociale refuse de prendre en considération la connaissance de la nocivité de l'amiante à l'époque de la contamination des salariés.

La cour a ensuite précisé, qu'il n'est pas nécessaire que la faute inexcusable soit la cause déterminante de l'accident ou de la maladie. 24 juin 2005 = il suffit qu'elle soit une cause nécessaire de l'accident ou de la maladie.

L'élément essentiel c'est la conscience que l'employeur avait ou aurait du avoir des risques. On élargie considérablement la portée de cette notion de faute inexcusable, certains auteurs estiment que la faute inexcusable n'a plus d'inexcusable que son appellation. La référence à l'obligation de sécurité de résultat apparaît totalement inutile. Pour la cour elle sert uniquement à fonder la faute inexcusable ou un moyen pour faire passer l'abandon de la définition classique de 1941, en réalité on se focalise sur le critère de la conscience. Mais on ne consacre pas non plus une présomption de faute inexcusable, la victime doit apporter la preuve que l'employeur avait conscience du danger et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'empêcher. Autre évolution parallèle = l'infléchissement de l'influence d'une décision qui écarte la responsabilité pénale de l'employeur = une décision pénale qui écarte la responsabilité pénale de l'employeur, n'a plus l'influence qu'elle avait avant. Autorité de la chose jugée au pénal sur le civil, une décision de relaxe des juridictions pénales interdit au juge civil de reconnaître l'existence d'une faute inexcusable. Ca c'était la solution traditionnelle mais loi du 10 juillet 2000 = cette loi a inséré un article 4-1 dans le CPP, la nouveauté formulée c'est que l'absence d'une faute pénale non intentionnelle ne fait pas obstacle à l'exercice d'une action devant une juridiction civile. Cet article est la fin de ce qu'on appelait l'unité des fautes civiles et pénales.

3<sup>ème</sup> possibilité pour la victime = action complémentaire contre un tiers fautif, ni l'employeur ni le salarié, peut importe la gravité de cette faute, il suffit que la faute ait contribué à la réalisation du dommage. Le tiers est soumis au droit commun de la responsabilité civile. Pendant un moment, cette action a été soumise à des restrictions lorsque l'accident doit donner lieu à un partage de responsabilité. Lorsque l'accident est imputable à la fois à l'employeur et au tiers. La J a toujours admis l'action contre ce tiers, seulement la J pendant un moment elle limitait la condamnation de ce tiers à sa seule part contributive. En principe la victime peut agir contre n'importe lequel des responsables et obtenir l'intégralité de la réparation, c'est l'obligation à la dette puis celui qui a payé peut se retourner contre les coauteurs, c'est la contribution à la dette. Celui qui a payé pour le tout a une action contre les autres. Pourquoi la J refusait à la victime d'obtenir l'intégralité du préjudice car ce tiers n'a pas de recours contre l'employeur, en principe, en matière d'accident du travail la victime ne peut pas exercer d'action contre l'employeur. Influence de la contribution à la dette sur

l'obligation à la dette. La J procédait immédiatement à un partage de responsabilité et ne faisait payer le tiers qu'à une partie du préjudice. Causalité partielle = chacun est réputé avoir contribué à une partie du dommage. Cette J est abandonnée par arrêt du 22 décembre 1988 car c'était défavorable à la victime. Aujourd'hui quand la victime agit contre le tiers responsable, elle peut obtenir la totalité de la réparation complémentaire. Le tiers responsable ne peut toujours pas se retourner contre l'employeur.

- LA DIMINUTION DU MONTANT DE LA RÉPARATION :

Lorsque le retour de la faute se fait au détriment de la victime. Lorsque la victime est elle-même l'auteur d'une faute intentionnelle (écarter les droits à prestation ou à indemnité au titre de l'accident du travail, mais prestations en nature de l'assurance maladie sont maintenues) ou inexcusable (elle entraîne une diminution de l'indemnisation, baisse de la rente). Avant la faute inexcusable était celle d'une gravité exceptionnelle comme celle de l'employeur, aujourd'hui la faute inexcusable de l'employeur est fondée sur l'obligation de sécurité et de résultat, la cour a modifié la définition de la faute inexcusable du salarié. Définition chambre sociale du 27 janvier 2004 = « faute volontaire du salarié d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience ». Définition de cette faute inexcusable est plus restrictive pour le salarié que pour l'employeur.

## **C : Les prestations familiales :**

**L du 11 mars 1932** = prestations deviennent obligatoires pour encourager une politique nataliste pour des raisons démographiques, à ce moment là ces prestations s'analysent car un accessoire du salaire.

**Décret loi du 29 juillet 1939** = avait étendu le droit aux allocations familiales aux professions indépendantes. Ensuite ordonnance du 4 octobre 1945 rattache les caisses d'allocations familiales à la sécurité sociale. Puis loi du 22 août 1946 = met en place les prestations. Leur objectif des prestations est avant tout d'assurer un soutien financier aux familles et en l'occurrence, la famille au sens du code civil (les personnes mariées avec les enfants à charge). C'est aussi de pallier la faiblesse de l'activité professionnelle des femmes. L'effort financier est très important, dans les années 1950 ces prestations représentent 40 % des dépenses sociales. Depuis la création de la 5<sup>e</sup> République, évolution = élément important de cette évolution = dissociation entre le droit à prestation et l'exercice d'une activité professionnelle qui signifie la suppression de toute activité professionnelle pour bénéficier de la prestation, elle est acquise depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1978 (rupture avec la notion de sursalaire = + un accessoire du salaire, et en plus au fur et à mesure, les prestations familiales se sont considérablement diversifiées). Les pouvoirs publics sont aujourd'hui de moins en moins capable de fixer les axes directeurs de la politique des prestations familiales. Evolution s'explique en grande partie, par l'évolution de la famille, la dilution de la notion de famille traditionnelle. La famille a évolué depuis fin de la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale. La branche famille du régime général gère des prestations qui ne sont liées ni à la famille, ni à l'enfant. C'est pourquoi on s'interroge sur le sens de l'expression « prestation familiale ». On ne peut + aujourd'hui considérer que toutes ces prestations sont des prestations familiales. Par exemple ce sont les caisses d'allocation familiales qui gèrent le RMI, elles gèrent aussi la location pour adulte handicapé. Le législateur ne définit pas ce qu'est une prestation familiale, il se contente de donner une liste de prestations (L 511-1 code de la sécurité). On peut voir 2 objectifs dans les prestations familiales = 1) idée classique d'un soutien à la natalité qui conduit à accorder des prestations à toutes les familles, surtout aux familles nombreuses. 2) idée complétée par une autre idée, celle de venir en aide aux familles les + modestes, les prestations seront

soumises à des conditions de ressources. Les prestations sont véritablement aujourd'hui une politique de lutte contre les inégalités par une redistribution des richesses. On le constate en examinant la + part des conditions des prestations familiales = on module les prestations en fonction des ressources. Autre évolution + accessoire = les prestations aujourd'hui sont + spécifiques qu'auparavant, elles ont un objet + précis (allocation de rentrée scolaire créée en 1974). Elles servent aussi la politique de scolarisation et de formation, mais également la politique sanitaire et de santé publique. Prestations pas nécessairement liées à la famille aujourd'hui, l'objectif n'est + tellement de défendre la norme familiale, l'objectif est d'appréhender les personnes dans leur singularité.

### **1 : LES DISPOSITIONS COMMUNES :**

Les prestations familiales obéissent à un régime général commun, pour en bénéficier, le bénéficiaire et ses enfants à charge doivent d'abord résider en France, le bénéficiaire de ces prestations peut donc être étranger dès lors qu'il est en situation régulière. A côté de cette condition, l'autre condition est celle des enfants à charge (condition primordiale). Cette condition ne doit pas être confondue avec un lien juridique de parenté. La personne qui supporte la charge de l'enfant, n'a pas nécessairement un lien juridique de parenté avec cet enfant, la famille de la sécurité sociale, ça n'est pas la famille du droit civil. Dans le droit de la sécu, la charge de l'enfant est une simple situation de fait, la Cour de cassation est très claire = cette condition de charge n'implique ni obligation alimentaire, ni un titre juridique conférant la garde. Pour ouvrir un droit aux prestations, la charge de l'enfant doit seulement être effective et permanente, la personne doit assurer le logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation de l'enfant. La preuve de cette situation de fait doit être rapportée quand l'enfant est recueilli par un tiers. La limite de l'enfant à charge c'est la condition de scolarité. La limite est donc 16 ans mais cette limite est repoussée à 20 ans en cas de poursuite des études ou alors lorsque l'enfant est rémunéré, mais qu'elle n'excède pas 55 % du SMIG. La personne à laquelle le droit aux prestations est reconnue, cette personne est appelée l'allocataire qui doit être distingué de l'attributaire (personne à laquelle sont versées les prestations). Cette distinction est traditionnelle, on la retrouve toujours dans les textes, mais elle est dépassée ou inutile depuis 1978 (+ de condition d'activité professionnelle, donc l'attributaire est le + souvent aussi l'allocataire). Avant 1978 l'allocataire était celui qui travaillait. A défaut de précision du couple, c'est la mère qui est l'allocataire. Cette distinction a quand même encore une utilité quand on va mettre en place une tutelle aux prestations familiales pour empêcher le détournement des prestations. Cette décision de mise en place d'une tutelle relève de la compétence du juge des enfants qui sera sais par l'un des parents ou par la CAF. S'il l'estime nécessaire le juge des enfants va nommer un tuteur (personne physique ou morale). C'est le tuteur qui devient l'attributaire des prestations et doit les utiliser au mieux des intérêts de l'enfant. Il doit rendre compte de sa gestion au juge des enfants et à l'administration sociale. Quant au montant de ces prestations = variables. Le montant de la + part des prestations est calculé à partir d'une base mensuelle de référence fixée par décret. En 1946 l'idée de cette base était d'évaluer le coût objectif d'un enfant, on le faisait par référence à une famille type, la famille type été celle du manœuvre de l'industrie des métaux dans la Seine. Avec l'inflation, ce système n'a pas résisté aux impératifs budgétaires de la sécu. Dès 1949 = fixer le montant du salaire de référence par voie réglementaire. On voulait décrocher l'évolution de cette base de l'inflation.

1967 = on a abandonné l'expression « salaire de référence », erroné de parler de salaire de référence car prestation + fixée par rapport à l'évolution des salaires.

### **2 : LES RÈGLES PROPRES À CHAQUE TYPE DE PRESTATION :**

### Prestations liées à l'arrivée d'un enfant

= elles ont pendant longtemps été très diversifiées, avant système difficilement lisible car au moins 5 ou 6 prestations liées à l'arrivée d'un enfant. Mais 2003 = création d'une prestation unique, c'est la prestation d'accueil du jeune enfant (vigueur 1<sup>er</sup> janvier 2004). Cette prestation d'accueil est une prestation unique mais en réalité dedans on a plusieurs éléments = prime à la naissance ou à l'adoption, puis ensuite on a une allocation de base qui est elle-même assortie de compléments.

La prime = soumise à des conditions de ressources et son montant varie en fonction des ressources. Le but de cette prime est de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant, et pour cela, cette prime est versée dès le 7<sup>e</sup> mois de grossesse.

L'allocation = Son but = doit compenser directement l'entretien de l'enfant. C'est un forfait mensuel. Ce forfait est soumis aussi à des conditions de ressources et il est versé jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 3 ans (une seule allocation par famille même si plusieurs enfants de moins de 3 ans).

Les compléments = versé sans condition de ressource, il doit permettre aux parents de concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale. Grâce à ce complément, l'un des parents peut choisir de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle pour bénéficier du complément du libre choix d'activité (il suffit d'avoir exercé auparavant une activité professionnelle). Les parents peuvent décider de continuer à exercer leur activité professionnelle et opter pour le complément « libre choix du mode de garde », permet de prendre en charge partiellement une personne qui gardera l'enfant.

### Prestations d'entretien=

- allocations familiales qui sont des prestations emblématiques de la branche famille car créées en 1932. Elles sont versées dès le 2<sup>e</sup> enfant. Celles qui sont emblématiques de la politique nataliste, survivance de l'objectif traditionnel des prestations familiales car pas de condition de ressources. Soulève des problèmes budgétaires c'est pourquoi en 1997 le législateur avait instauré une condition de ressource = vers les familles les + modestes (équilibrer le budget de la branche famille). Ça a donné lieu à des très vives contestations, protestations de la part des associations familiales et cette condition de ressource a dû être supprimée très rapidement par la loi de financement de 1999.

- Il y a le complément familial = aide aux familles nombreuses. Complément versé sous condition de ressource aux familles qui ont trois enfants âgés au moins de 3 ans.

- Allocation aux parents en situation d'isolement qui peut résulter d'un divorce ou d'un célibat volontaire, ces parents peuvent en bénéficier sous condition de ressource depuis 1968. Le versement de cette allocation cesse en cas de mariage ou de vie maritale. En pratique ça soulève de grands problèmes de fraudes, donc contrôles effectués qui imposent une immixtion dans la vie privée du bénéficiaire de cette allocation.

- Allocation de soutien familiale versée aux parents isolés, aux familles d'accueil ou au conjoint survivant lorsque ces personnes sont en charge d'un enfant orphelin ou d'un enfant non reconnu.

- Prestation qui existe depuis 1974 = allocation de rentrée scolaire, aider les familles pour dépenses faites au moment de la rentrée. Cette mesure est réservée aux personnes à revenu modeste.

### Prestations à affectation spéciale =

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé : versée aux parents d'un enfant handicapé de moins de 20 ans.



L'allocation de présence parentale : Créée en 2001 versée aux parents qui ont suspendu leur contrat de travail pour s'occuper d'enfant atteint d'une maladie grave ou victime d'un accident grave quand cet enfant nécessite des soins contraignants.

Aides au logement = elles concernent environ 6 millions de personnes. Plusieurs types de prestations = allocation au logement familial, allocation de logement social, l'aide personnalisée au logement. Pas toujours liées à la présence d'un enfant.

## **Chapitre 2 : Les régimes particuliers :**

Les + importants sont les régimes spéciaux à certaines catégories de salariés, qu'on appelle les régimes spéciaux. Après les régimes spéciaux on trouve les régimes des non-non (non salarié, non agricole) ou des ni-ni, régime pour les travailleurs indépendants (régimes d'autonomie). Puis 3<sup>e</sup> catégorie de régime particulier = celui des professions agricoles indépendantes ou non.

### **I/ Les régimes spéciaux :**

C'est un peu ce qui rend le système français dur à appréhender. Cette complexité a été déjà perceptible avant 1945 = prémices du droit français qui dessinaient déjà la complexité à venir. Avant 1945 on avait donc les assurances sociales, le régime des accidents du travail et celui des prestations familiales. Mais déjà avant 1945 on avait des régimes spécifiques pour certaines catégories professionnelles. On avait par exemple le régime spécifique des marins, celui des fonctionnaires civils, ou encore le régime spécifique des entreprises publiques de transport ferroviaires. A cette époque ces régimes spécifiques étaient apparus à l'initiative des employeurs ou de certaines catégories de professionnels. Une des grandes ambitions de l'ordonnance de 1945 était de fondre tout le monde au sein du régime général. Ils étaient donc appelés à disparaître mais ils ont perduré et cette résistance des régimes spéciaux témoigne de l'échec de la politique d'unification de la sécurité sociale. La politique d'unification est un échec total, toute tentative de réforme et d'intégration de ces régimes au sein du régime général sont vouées à l'échec. Aujourd'hui l'équilibre financier de ces régimes spéciaux est mis à mal par la démographie. Dans ces régimes spéciaux on a un nombre assez faible de cotisant comparé au nombre de personnes qui en bénéficient. Le déséquilibre financier est pris en charge par l'Etat par le biais de subventions, mais pas seulement par l'Etat, pris en charge aussi par le régime général. Ce dernier compense en partie le déséquilibre financier des régimes spéciaux sur la base des références démographique (R 711-1 code de la sécu pour la liste des régimes spéciaux).

Ces régimes spéciaux sont + ou moins spéciaux. Régimes totalement spéciaux lorsque l'ensemble des risques sociaux entrent dans la couverture du régime spéciale (cas du régime de la SNCF, de la RATP, des militaires ou encore de la banque de France).

A côté on a des régimes partiellement spéciaux = le régime général prend en charge les risques non couverts par le régime spécial. Combinaison entre le régime spécial et le régime général (cas pour le régime des fonctionnaires de l'Etat ou du régime d'EDF GDF, le régime étudiant).

On a certains régimes qui ont une organisation administrative qui leur est propre (la SNCF), alors que d'autres régimes pour certains risques font appel au régime général pour la couverture de certains risques.

Si ces régimes spéciaux existent encore aujourd'hui c'est parce que les prestations qu'elles offrent sont + élevées que celle offertes dans le régime général ou des autres régimes légaux.

L'article R 711-17 prévoit que les régimes spéciaux assurent pour l'ensemble des prestations de chaque risque des prestations équivalentes aux prestations du régime général de sécurité sociale sans que les avantages de même nature déjà accordée antérieurement au 1<sup>er</sup> juillet 1946 puissent être réduits ou supprimés. Au sein de ces régimes spéciaux = principe de conservation des droits acquis. Exemple d'avantage + favorables des régimes spéciaux = gratuité totale des soins (agents de la SNCF) dans le cadre d'une médecine de caisse. Les soins sont assurés par des médecins agréés par le régime spécial.

Supériorité des régimes spéciaux surtout en matière de retraite. Les départs à la retraite sont en général + précoces et les pensions sont + élevées (loi du 21 août 2003 tente de rapprocher le régime des fonctionnaires du régime général). Il fallait auparavant 37 années et demi pour bénéficier d'une pension = à 75 % du dernier traitement de base, à partir de 2008 il faudra 40 années de cotisations pour 75 % toujours. Ces avantages des régimes spéciaux sont très critiqués. L'idée des compensations entre les différents régimes est fondée au départ sur les déséquilibres démographiques.

## **II/ Les régimes autonomes des travailleurs indépendants :**

Le refus ici repose sur des motifs différents, les travailleurs indépendants se sont toujours opposés à leur intégration dans le régime général pour conserver leur indépendance, ils se sont même opposés à la création d'un régime maladie qui leur soit propre, donc face à cette résistance la loi du 17 juillet 1948 a créé des régimes d'assurance vieillesse pour eux et les prestations de ces régimes d'assurance ont été progressivement alignées sur celles du régime général. On a un régime pour les commerçants, artisans et industriels et ensuite on a des régimes pour chaque profession libérale. Ces régimes différents sont administrés par des sections professionnelles qui aujourd'hui sont au nombre de 13.

Le régime d'assurance maladie a été créé seulement en 1966, ce régime lui, est commun à l'ensemble des travailleurs indépendants. Progressivement ce régime d'assurance maladie autonome a peu à peu été aligné sur le régime général mais on a toujours dans ces professions le souci de respecter leur indépendance. Pour respecter la liberté, ces professions peuvent choisir elles mêmes leur organisme d'assurance.

## **III/ Le régime autonome agricole :**

Régime autonome comme pour les professions indépendantes mais particularités encore plus accrues en raison des spécificités du monde agricole. Le besoin de protection est apparu + tardivement en raison de l'indépendance très marquée de cette profession mais aussi en raison du rôle fort joué par la solidarité familiale. Les textes applicables aux professions agricoles ne figurent pas dans le code de la sécurité sociale. Ils figurent dans le code rural. A priori on pourrait croire que ce régime est marginal aujourd'hui car le nombre d'agriculteurs est en baisse. Même si ce nombre est en déclin, le régime agricole n'est pas marginal car ce régime ne les concerne pas uniquement (agriculteurs), il concerne aussi les salariés agricoles mais aussi certaines activités qui se rapprochent + de l'industrie et du commerce (coopérative ou organismes de crédit liés à l'activité agricole). Le régime agricole n'est pas vraiment le régime de la profession, c'est surtout le régime d'un secteur économique. La protection agricole est complexe, sous la forme d'une organisation appelée la mutualité sociale agricole. Le cadre juridique est apparu dès 1900, mais à l'époque c'était pour couvrir des risques spécialement agricoles (pas question d'assurance maladie). Ordonnance de 1945 ne modifie



pas le droit préexistant mais elle reconnaît l'autonomie de la sécurité sociale agricole. Ce régime autonome est indépendant mais son indépendance ne l'empêche pas à faire appel à la solidarité nationale pour son équilibre financier (au régime agricole). A nouveau le déséquilibre financier est pris en charge en partie par le régime général (fondé sur les différences démographiques, principe de solidarité nationale, le régime agricole est financé par les ressources fiscales en partie). Depuis 1963 en annexe à la loi de finance, chaque année le parlement vote un budget spécial pour équilibrer les recettes et les dépenses du régime agricole. Cette annexe à la loi est appelée le BATSA (budget annexe de prestation sociale en agriculture).

### **Chapitre 3 : Le contentieux de la sécurité sociale :**

Il existe car il présente des particularités = l'organisation judiciaire, mais aussi type particulier de contentieux très fréquent = c'est le recours des caisses de sécurités sociales contre le responsable.

### **Section 1 : L'organisation judiciaire de la sécurité sociale :**

Le droit de la sécurité sociale fait partie de ces matières auxquelles le juge a accordé une juridiction spéciale = tribunal des affaires de la sécu. Cette juridiction n'a pas une compétence exclusive en la matière. Le tribunal des affaires de la sécu n'examine pas tous les litiges relatifs à la sécu. Les juridictions compétentes en la matière sont très variées = on a des questions très juridiques, mais aussi des contentieux qui portent sur les constatations médicales mais également, le comportement des médecins. La matière va être appréhendée par des juridictions répressives, mais aussi les juridictions administratives. La J reconnaît à certaines des décisions des organismes de droit privé, un caractère réglementaire, par exemple les conventions médicales sont considérées comme des contrats administratifs. Enfin donc les juridictions judiciaires qui se prononce sur le contentieux de droit commun de la sécurité sociale. Au sein même des juridictions judiciaires on a des juridictions de droit commun et des juridictions spéciales. La + connue c'est le tribunal des affaires de la sécu (juridictions spéciale la + connue, juridiction de l'ordre judiciaire). Cette juridiction est composée de représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs (fait penser au conseil des prud'hommes mais cette juridiction est présidée par un magistrat professionnel, on mélange des représentants avec un magistrat professionnel apparaît nécessaire du fait de la technicité de ce droit). Cette juridiction a vocation à traiter le contentieux général, c'est la juridiction de droit commun dans le contentieux de la sécu. On a ici une particularité qui rapproche cette juridiction judiciaire de la juridiction administrative car pour saisir ce tribunal, il est nécessaire pour l'assuré d'exercer d'abord un recours à titre gracieux devant la commission de recours amiable, elle doit être saisie dans un délai de 2 mois à compter de la décision critiquable. C'est le rejet de ce recours amiable qui permet à l'assuré de saisir le tribunal des affaires sociales.

En dehors du contentieux général on a le contentieux technique qui relève d'autres juridictions. Dans ce contentieux on a toutes les questions d'ordre médicales. Ce contentieux technique porte directement sur des questions médicales donc juridictions qui comprennent des médecins. En 1<sup>re</sup> instance ce sont les tribunaux du contentieux de l'incapacité et en appel c'est la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Puis le contentieux du contrôle technique qui porte sur les sanctions encourues par les médecins, par le personnel médical (faute, abus, fraude à l'occasion de leur travail). C'est un contentieux disciplinaire, on a donc des représentants des caisses mais aussi des représentants du corps médical. Ces juridictions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif.

Tout ce qui reste c'est la compétence du TGI = va examiner le contentieux qui ne relève pas strictement de la sécurité sociale, il va par exemple examiner les recours exercés par les caisses de sécu contre les tiers responsables.

## **Section 2 : Le contentieux particulier des recours contre les caisses sociales :**

Aujourd'hui un préjudice corporel donne quasiment toujours droit à des prestations de la sécurité sociale. L'évolution = avantage très important pour la victime du dommage car cette victime n'a pas à rechercher un éventuel responsable pour obtenir l'indemnisation de son dommage corporel. La sécu doit payer quand bien même il n'y aurait pas de responsables. Cela dit, très fréquent que la source du préjudice corporel soit la source d'un fait générateur de responsabilité, on ne va pas faire disparaître les mécanismes de la responsabilité, l'intervention d'un tiers payer ne fait pas disparaître ces mécanismes. Affinement quant à l'analyse des dommages. Aujourd'hui multitudes de tiers qui interviennent = sécu + assurances complémentaires... c'est ce qu'on appelle les tiers payeurs qui ne se réduit pas à celle des organismes sociaux. Cette intervention des tiers payeurs est favorable à la victime mais va soulever des questions délicates. Pour les tiers payeurs = question de leur éventuel recours contre le responsable pour obtenir le remboursement des prestations versées à la victime. Mais à côté de la victime, question de l'action complémentaire. Est-ce que la victime peut cumuler les prestations versées par les tiers payeurs avec la créance de dommage et intérêt du responsable ? Si on donne un recours aux tiers payeurs, on ne peut pas admettre que la victime exerce aussi une action, car si cumul on va permettre la double indemnisation du même préjudice, le responsable serait tenu de payer 2 fois (pour le tiers payeur + indemnisation de la victime). Le problème c'est l'étendue de l'action de la victime. **L'étendue du recours offert aux tiers payeurs rejaiilli sur l'étendue de l'action complémentaire de la victime.**

Exemple = si on considère que les prestations de la sécu sont des prestations d'assistance, à ce moment là, il faut refuser aux caisses de sécu tout recours contre le tiers responsable et corrélativement il faudrait accorder une action complète à la victime pour qu'elle obtienne l'indemnisation de son préjudice. Mais dès lors qu'on estime que les prestations ont un caractère indemnitaires, il faut accorder un recours à la sécurité sociale et surtout, il faut déterminer précisément l'étendue du préjudice réparé par la sécurité sociale et ensuite l'étendue de l'action complémentaire qui pourrait être mise en œuvre par la victime.

Quel est le droit positif ? Le code de la sécurité sociale admet le recours des organismes de sécurité sociale. Le principe de ce recours se trouve à l'article L 376-1 al 2 pour les dommages non professionnels et L 454-1 al 2 pour les dommages couverts au titre des risques professionnels (accident du travail et pas le recours contre l'éventuel responsable d'une maladie professionnelle). C'est aussi une idée similaire qui existe en droit des assurance = recours de l'assureur contre les responsables du dommage.

Le principe du recours se trouve dans les textes mais le législateur est resté silencieux sur le régime de ce recours. Le législateur n'était pas précis et pendant longtemps incertitudes sur le fondement juridique de ce recours et sa portée. La J a toujours été abondante sur la question, dit donc J pas toujours cohérente.

La victime peut aussi exercer une action complémentaire, non exclue par le recours de la caisse. Mais l'indemnité qui lui est due doit être amputée des prestations versées par les tiers payants (principe du non cumul de l'indemnité et des prestations sociales). Il y a un gâteau à partager. La victime n'a pas le droit de renoncer au bénéfice des prestations sociales pour obtenir l'intégralité dans une action complète contre la victime. En réalité situation très complexe notamment en raison du caractère variable et successif des prestations versées par la sécurité sociale. Le législateur est intervenu avec une loi du 5 juillet 1985 (sur les accidents de la circulation), clarifie la question du recours des tiers payeurs. « Le régime légal du recours des tiers payeurs ». A côté, il existe un régime conventionnel mis en place avant 1985 pour résorber le contentieux de cette matière mais en pratique, ce régime continue à avoir un rôle très important.

## **I/ le recours des tiers payeurs : Le régime légal :**

### **A: La nature juridique du recours des tiers payeurs :**

Loi 1985 avait essayé de clarifier cette question mais avant 1985 le principe du recours aux caisses d'assurances était admis dès le départ, mais quel est le fondement de l'action de la sécu contre le responsable ? 2 possibilités = 1) il s'agit d'une action qui lui est propre à la sécu, c'est-à-dire qui tend à la réparation du préjudice subi par la caisse, préjudice propre. Si on admet cette idée peut être remboursée les sommes versées à la victime mais peut même obtenir + car elle peut obtenir les remboursements des frais annexes. 2) peut s'agir de l'action de la victime exercée par la sécu grâce au mécanisme de la subrogation personnelle qui permet de placer une personne à la place d'une autre. A ce moment là, les caisses de sécu peuvent uniquement obtenir le remboursement des prestations qu'elles ont versé à la victime car les frais annexe ne sont pas compris dans l'action de la victime.

Autre conséquence défavorable à la caisse si on admet le fondement subrogatoire = le responsable peut opposer à la caisse tous les moyens de défense opposables à la victime (ex = le jeu de la prescription extinctive ou celui de la compensation quand partage de responsabilité). Donc fondement subrogatoire moins favorable que le fondement personnelle (où elle peut obtenir + et il n'y a pas les exceptions qu'on peut opposer à la victime).

Qu'a-t-on choisit ? Avant 1985 la situation était complexe mais on admettait que la loi de 1973 avait fondé le recours sur un droit propre = personnel, le problème c'est que cette loi avait limité l'action des caisses aux prestations versées par ces caisses, donc on admet fondement personnel mais on le limite ce recours. Situation ubuesque car les recours exercés par l'Etat et les collectivités pour remboursement des prestations versées aux fonctionnaires, ces recours étaient reconnus comme des recours subrogatoire par l'ordonnance du 7 janvier 1959. Ce fondement subrogatoire ne permettait pas de résoudre certaines difficultés car on s'interrogeait sur la possibilité d'une action complémentaire exercée par la caisse, sur la possibilité de cumuler l'action subrogatoire de la caisse avec dans le même temps une action complémentaire et directe pour tous les autres faits ? Est-il possible de cumuler ces 2 actions ? Loi de 1985 a au moins mis fin à ces incertitudes car elle admet la nature subrogatoire de l'action exercée par le tiers payeur contre le responsable. Donc l'action des tiers payeurs a une nature subrogatoire (pas que la sécu, tous les tiers payeurs, y compris les assureurs).

Aujourd'hui juridiquement le point de départ est clair = la caisse de sécu tient ses droits de la victime. Pour agir contre le responsable les organismes sociaux ne doivent pas attendre une initiative de la victime, en pratique elle peut rester inactive et décider de ne pas agir car elle est assurée de recevoir une indemnisation, la loi permet donc aux caisses d'agir sans attendre une initiative de la victime.

Loi de 1985 va + loin = admet fondement subrogatoire mais veut en éviter la prolifération et pour éviter cela, l'article 29 de la loi donne une liste limitative des prestations qui peuvent donner lieu à un recours. Ces prestations ce sont celles versées par les régimes obligatoires de sécurité sociale, il s'agit également des salaire et accessoires maintenus par l'employeur, l'employeur est donc considéré comme un tiers payeur (il continu à verser salaire) il est subrogé ans les droits de la victime et peut donc exercer un recours contre le responsable. Les prestations versées par les groupements mutualistes, mais pour eux, la loi de 1985 limite le recours aux indemnités journalières de maladie et les prestations d'invalidité.

Qu'en est-il de la possibilité d'une autre action directe complémentaire du tiers payeur ?

Au-delà de l'action subrogatoire, la loi ne supprime pas totalement la possibilité de ce recours car elle l'admet dans 1 cas = action directe admise de l'employeur pour les charges patronales versées par cet employeur (employeur privé, ou l'Etat ou la collectivité), c'est l'employeur qui maintien le salaire et la loi l'y incite en lui accordant un recours subrogatoire (1) pour le salaire en lui-même et les accessoires mais il peut obtenir + que le remboursement de tout ça, il peut obtenir le remboursement des charges patronales grâce à une action qui est directe et personnelle (2) celle la.

Le fondement subrogatoire a donc été admis.

Il est parfois difficile de déterminer la portée de ce recours subrogatoire, cette nature de l'action est parfois malmenée par le législateur lui-même = ordonnance de 1996 qui atténue le fondement subrogatoire des caisse de sécu, cette ordonnance est relative au rétablissement financier de la sécu. Pour atténuer les difficultés de la sécu prévoit le paiement d'une indemnité forfaitaire payée par le tiers responsable contre lequel la caisse exerce son recours, en + de la condamnation, la loi le contraint à verser une indemnité forfaitaire qui s'ajoute à la créance de dommage et intérêt, pour la loi elle compense les frais de gestion des caisses de sécu. L'indemnité forfaitaire est une sorte d'action supplémentaire qui vient se greffer sur l'action subrogatoire principale, le dispositif s'applique pour l'instant qu'à la branche maladie et accident du travail du régime général, il devrait être étendu au régime spécial. Pour cette indemnité la loi prévoit un plafond de 910 euros et un plancher de 91 euros. L'action des caisses est assez largement admise, la caisse peut se retourner contre n'importe quel responsable. Il y a quand même certaines limites = certaines réalités pratique, intérêts sont supérieurs à l'analyse purement théorique. Si on accepte le fondement subrogatoire on devrait agir contre n'importe qui mais dans la r »alité immunité à certains responsables = cette question s'est posé en J pour les dommages causés par une seule personne par un membre de sa famille notamment quand le dommage est créer par le conjoint, la caisse peut-elle exercer son recours subrogatoire contre une personne de la famille en particulier contre le conjoint de la victime ?

Certes deux personnes juridiquement bien distinctes, le problème c'est que accorder une action contre le conjoint reviendrait à reprendre d'une main alors qu'on a donné de l'autre (communauté patrimoniale). On permet à la caisse de reprendre ce qu'elle vient de donner. La J a été fixée par 3 arrêts d'assemblée plénière du 3 juin 1983 = c'est avant qu'on ait admis le fondement subrogatoire de l'action des caisses. « La caisse ne peut pas exercer un recours contre le conjoint de la victime ». La Cour nous dit « pour ne pas priver directement ou

indirectement cette victime du bénéfice de ces prestations, quelque soit le régime matrimonial ».

La Cour écarte l'action contre le conjoint mais admet l'action de la caisse contre l'assureur de l'auteur de l'accident. Elle ne peut pas agir directement contre le responsable mais peut agir contre l'assureur donc c'est juridiquement une solution assez paradoxale car l'assureur de responsabilité intervient pour couvrir les conséquences de la mise en œuvre de la responsabilité alors que immunité. Aujourd'hui en J l'action directe de la victime contre l'assureur de responsabilité a de + en + d'autonomie par rapport à l'action qu'on peut exercer contre la victime. La loi lui accorde à la victime une action directe de la victime contre l'assureur de responsabilité et progressivement, l'action directe a pris son autonomie par rapport à l'action qu'on peut exercer contre le responsable car la cour admet qu'il n'est + nécessaire de mettre en cause l'assureur, cette J révèle cette autonomie de l'action directe car on admet l'action directe de la caisse contre l'assureur de responsabilité alors même qu'on a aucune action contre le responsable. Peut importe que le responsable soit ou non condamné. Le législateur a admis la solution pour le recours subrogatoire de l'assureur, mais solution uniquement jurisprudentiel pour le recours des caisses de sécu.

## **B : L'étendue du recours :**

Important pour connaître la dette du responsable à la caisse mais corrélativement pour connaître l'action complémentaire de la victime contre le responsable. + le recours des organismes est large + il est étendu, moins l'action exercée par la victime sera importante. La victime en cumulant les sommes de la sécu et du responsable, elle doit obtenir la réparation de son préjudice.

### **1 : LIEN ENTRE LES PRESTATIONS VERSÉES ET LE PRÉJUDICE :**

C'est le 1<sup>er</sup> point pour fixer les sommes qui doivent être remboursées par le responsable = le juge n'est pas tenu par les montants déboursés par ces organismes, le pouvoir souverain d'appréciation du préjudice ne doit pas être supprimé par l'appréciation du préjudice des organismes sociaux. Le juge doit procéder donc à quelques vérifications = 1) le juge doit d'abord vérifier que les prestations servies par les caisses ont un bien caractère indemnitaire (vérifier que l'objet de ces prestations est bien de réparer tout ou partie du préjudice subi par la victime). Seule cette nature indemnitaire permet de mettre en œuvre le mécanisme de la subrogation parce que le tiers responsable est simplement tenu d'indemniser le préjudice de la victime, les prestations doivent donc avoir obligatoirement un caractère indemnitaire donc celles d'assistances sont exclues du recours. Tout ce qui est éloigné d'une logique indemnitaire, pas comprises dans le recours. Mais prestations d'assistance sont rares, c'est le cas par exemple de certaines prestations familiales qui sont servies à la suite d'un dommage corporel (l'allocation d'orphelin, allocation versée aux handicapés). Aujourd'hui la cour de cassation admet que le juge doit aussi vérifier le lien de causalité entre les prestations versées et l'accident causé par le responsable. La caisse doit apporter la preuve de ce lien de causalité (lien de relation).

Une fois que ce LC a été démontré, juge pas tenu de l'évaluation dressée par les caisses du préjudice, peut paraître logique mais cette solution est le fruit d'une évolution récente de la J. Cette évolution sous l'impulsion de la chambre criminelle arrêt du 1<sup>er</sup> juin 1994 = dans cet arrêt la cour a élargi la vision des juges du fond, elle admet que les juges du fond doivent vérifier que les dépenses invoquées par les tiers payeurs (la caisse) correspondent effectivement à la réparation du préjudice subi par la victime. Avant on exigeait d'abord de vérifier le LC entre sommes et accident et en 1994 il faut aller + loin et vérifier

qu'effectivement les prestations réparent bien ce préjudice. Aujourd'hui les juges du fond doivent comparer les sommes dont la caisse demande le remboursement avec la réalité du dommage causé par l'accident, c'est-à-dire l'évaluation du préjudice, les juges ne peuvent pas être tenu par les appréciations des organismes sociaux.

La J considère que les organismes sociaux ne peuvent obtenir que le remboursement des sommes qu'ils ont effectivement versé, et déjà versées à la victime. En J cette question a soulevé des difficultés pour des prestations variables qui suivent l'évolution de l'état de la victime.

La question c'était posée lorsque les organismes sociaux versent un rente, une pension à la victime donc des sommes périodiques, quand c'est ainsi, on s'était demandé s'il n'était pas possible pour les organismes d'obtenir le paiement immédiat d'un capital qui serait représentatif de la pension au responsable, obtenir directement le remboursement de prestations qui n'ont pas encore étaient versées à la victime mais qui lui sont du. Sur cette question on a eu une période de flottement mais aujourd'hui il semble acquis que la caisse n'ait pas un droit d'obtenir remboursement immédiat par capital. Ce qui est admis par la J c'est le remboursement au fur et à mesure du versement des prestations. En pratique pour simplifier cette situation, il n'est pas rare que les organismes sociaux effectuent un accord avec le responsable ou son assureur. Les intéressés vont conclure un accord où on va évaluer forfaitairement les prestations. **D'une manière générale, la J n'admet pas le remboursement immédiat des prestations futures. Exception = lorsque la prestation future est certaine**, dans les autres cas remboursement ne peut pas avoir lieu immédiatement.

## **2 : L'ASSIETTE DU RECOURS :**

Avant la loi du 27 décembre 1973, l'assiette du recours n'était pas précisément établie. La loi ne précisait pas qu'elle était l'assiette de ces recours. Ce défaut de précision avait conduit la J à donner une portée très large aux recours des organismes sociaux ce qui réduit l'action complémentaire de la victime. Avant 1973, problème était la question du préjudice moral. Pourquoi ? Depuis une célèbre décision de 1959 en chambre réunies = les organismes sociaux étaient autorisées à imputer des prestations sur l'intégralité de l'indemnité allouée pour les conséquences du préjudice corporel y compris pour la part d'indemnité relative au préjudice moral. Donc le recours de la caisse portant sur toutes les conséquences du préjudice, la victime ne pouvait pas exercer d'action complémentaire pour obtenir le remboursement de son préjudice moral. Solution très défavorable à la victime, importantes critiques doctrinales, ça n'était pas la victime qui obtenait l'indemnité du préjudice moral. Depuis loi 1973, il est clairement précisé que le recours du tiers payeur s'exerce uniquement sur un part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime. La loi précise que le recours ne porte pas sur le préjudice esthétique et d'agrément. Le recours s'exerce uniquement sur la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique. La loi de 1985 étend cette règle à l'ensemble des tiers payants. Ca signifie que le recours porte uniquement sur les frais occasionnés par les soins médicaux, l'incapacité temporaire totale de travail et l'incapacité permanente, tout ce qui est purement économique par rapport au préjudice corporel. Normalement tout ce qui relève du préjudice moral est dans le champ de l'action complémentaire de la victime. Cette solution elle introduit en grande partie la prolifération des préjudices moraux pour permettre à la victime d'obtenir une meilleure indemnisation, augmenter l'étendue de l'action complémentaire de la victime. Extension des préjudices moraux qui avant étaient considérés comme des préjudices corporels. Le problème de cette prolifération qui conduit à des incertitudes sur le véritable contenu de ces préjudices moraux. La question s'est notamment posée pour le préjudice

fonctionnel ou le préjudice physiologique. Ces qualifications ce sont celles qui sont fréquemment employées mais on a commencé à les utiliser sans définir leur contenu, la démarche est curieuse car on nomme un préjudice sans savoir ce qu'il recouvre exactement. Le point de vue de la doctrine est synthétisé par un groupe de travail = préjudice suivant ce rapport, le préjudice fonctionnel permanent est un préjudice strictement personnel et non économique, il résulte du taux d'incapacité fonctionnelle qui induit des troubles dans les conditions d'existence de la victime, une perte de qualité de vie et une perte des joies de la vie quotidienne, perte de toutes les joies de la vie courante mais ce n'est pas la position de la cour aujourd'hui arrêt 19 décembre 2003 = conception différente, conception qui est favorable au recours des tiers payeurs. Dans cet arrêt question était posée de savoir si les indemnités qui réparent le préjudice fonctionnel font partie du recours des tiers payeurs ? L'arrêt dans sa décision avait distingué les préjudices économiques patrimoniaux (frais médicaux et perte des gains professionnels), des préjudices moraux extra patrimoniaux. La difficulté dans cette décision = pour les préjudices moraux la cour avait inclus d'une part la gêne dans les actes de la vie courante et d'autre part, le préjudice fonctionnel d'agrément. La solution de la CA est censurée par l'assemblée plénière = la cour de cassation essaie de clarifier la situation et commence par définir le préjudice d'agrément (exclu ce préjudice par la loi du recours des tiers payeurs loi de 1985), le préjudice d'agrément c'est « le préjudice subjectif de caractère personnel résultant des troubles ressentis dans les conditions d'existence ». Pour la cour de cassation les magistrats de la CA ont inclut dans ce préjudice d'agrément des éléments qui relèvent en réalité du préjudice corporel = « attendu qu'en excluant ainsi du recours du tiers payeur des indemnités comparant l'atteinte objective à l'intégrité physique de la victime, la CA a violé les textes susvisés ». **Pour cassation ce qu'on appelle le préjudice fonctionnel et ça physiologique relève du recours des organismes sociaux et donc du préjudice corporel.** La cour prend le contre-pied des auteurs qui considèrent qu'il s'agit d'un préjudice personnel. Pour ces auteurs le préjudice fonctionnel est un préjudice d'agrément, c'est-à-dire un des préjudices qui résulte de la privation des agréments d'une vie normale. Pour la doctrine le préjudice fonctionnel est une sous catégorie dérivée du préjudice d'agrément, pour eux c'est un élément moral alors que pour la cour c'est un élément physique. Critique de la doctrine au regard du principe de la subrogation qui voudrait que les recours s'exercent uniquement sur les préjudices qu'ils ont contribué à réparer, sur les indemnités qui correspondent au préjudice effectivement réparé, or la doctrine considère que ces prestations servies par les organismes n'indemnisent nullement le préjudice fonctionnel subi par la victime. En pratique c'est complexe à mettre en œuvre. Malgré l'intervention en 1985, les textes n'aident pas beaucoup à y voir clair parce qu'ils visent uniquement l'atteinte portée à l'intégrité physique. Cette expression est ambiguë car ce qu'il faut appréhender ce sont les conséquences de cette atteinte à l'intégrité physique. L'expression légale laisse persister une zone d'incertitude.

Pour que le fondement de la subrogation fonctionne il serait nécessaire d'imposer au juge + de précision dans l'évaluation du préjudice ce qui n'est pas dans la tradition française. Avant loi de 1973 = les juges condamnaient le responsable au paiement d'une somme tout chef de préjudice confondu. Moins les juges du fond en disent, moins ils ouvrent la voie à la cassation de leur décision. Depuis 1973, dans leurs décisions les juges doivent distinguer le préjudice économique du préjudice moral. Donc déjà c'est une avancée mais il serait très utile d'aller + loin en imposant au juge une évaluation précise pour tous les chefs de préjudice. Cette solution permettrait une + grande rigueur et correspondance entre prestations versées par la sécu et l'ensemble des préjudices indemnisés. Cette solution de 2003 implicitement est justifiée par des considérations financières, volonté de ménager les finances de la sécurité sociale. Permet également de diminuer le déséquilibre financier de cette dernière. A l'avenir

ce régime est appelé à évoluer car avant projet de réforme du droit des obligations prévoit une nomenclature pour tous les préjudices et qui aujourd'hui fait défaut. Ce projet article 1399 prévoit cette nomenclature, le juge devra évaluer précisément chacun des préjudices qu'il indemnise.

## **II/: Le régime conventionnel :**

Apparu nécessaire, la pratique s'est emparée de la question avant 1985 pour endiguer le contentieux de ces recours, la pratique a élaboré un texte. A l'origine le projet conventionnel allait loin, projet de transférer totalement aux assurances privées la charge des préjudices corporels mais cette solution aurait obligé à une refonte de la sécurité sociale. C'est une logique + réaliste qui l'emporte, les organismes ont conclu avec les assureurs un protocole d'accord le 23 mai 1983 c'est le protocole Bergerasse, porte sur les conséquences d'un accident de la circulation et l'avantage de cet accord, c'est qu'il introduit un jeu de barème pour les préjudices et leur responsabilité. Ce protocole concerne que les relations entre les organismes sociaux et les assureurs. C'est pourquoi ce protocole est inopposable à la victime. Malgré ce protocole la victime peut appliquer les règles légales puisque ce protocole ne lui est pas opposable.



## **TITRE 2 : LA PROTECTION SOCIALE EXTÉRIEURE À LA SÉCURITÉ SOCIALE :**

La sécu n'est qu'un élément de la protection sociale dans son ensemble même si évidemment la sécu est l'élément le + important de la protections sociale. Désigne toutes les institutions, tous les efforts, toutes les techniques qui ont pour but de protéger des conséquences des risques sociaux, la protection sociale va au-delà de la sécurité sociale au sens stricte notamment dans un sens organique. Le droit français met en œuvre des techniques autres que la sécu pour protéger des risques. L'amélioration de la couverture de risque pris en charge déjà par la sécurité sociale, c'est la protection sociale complémentaire

### **Section 1 : La protection sociale complémentaire :**

Ne permet pas de prendre en charge tous les risques qui sont visés (vieillesse, invalidité...). Les prestations en espèces destinées à compenser le revenu, ne prennent pas en considération l'intégralité du revenu et le montant de ces prestations est fixé en fonction d'un salaire plafonnée. Nécessaire de pallier les insuffisances des prestations de la sécurité sociale, ce sont les intéressés, les assurés qui ont pris l'initiative de créer des mécanismes d'assurance sociale complémentaires. Les limites du rôle de la sécurité sociale peuvent se comprendre, elle incite les assurés à mettre en œuvre d'autres techniques. Cette couverture supplémentaire peut passer par l'assurance privée. On parle de protection sociale complémentaire lorsqu'il existe encore un caractère collectif, solidaire dans le mécanisme mis en œuvre. C'est à propos de la couverture vieillesse que la protection complémentaire revêt une grande importance.

### **I/: La protection complémentaire contre le risque vieillesse :**

Complexe, vient de faire l'objet d'une ordonnance du 23 mars 2006 qui transpose une directive européenne = parmi d'autres éléments, idée de non discrimination. Cette protection se concrétise à 2 niveaux différents : 1) les retraites complémentaires par répartition qui sont souvent obligatoires. 2) les retraites supplémentaires par capitalisation.

#### **A: Les retraites complémentaires par répartition :**

La meilleure pension du régime général ne peut pas dépasser 1250 euros par mois. A l'origine immédiatement au moment de la création de la sécu, une catégorie sociale a compris que cette création était nécessaire pour maintenir son niveau de vie, c'est la catégorie des cadres. Avant 1945, les cadres bénéficiaient de certains avantages, variables suivant les entreprises et les branches d'activité mais avec la création du régime général et leur intégration en son sein, leurs avantages allaient disparaître. Dès 1945 ils ne souhaitaient pas y être assimilés. Dès le 14 mars 1947 = cadres ont créés par le biais d'une convention collective nationale pour créer un régime complémentaire de retraite des cadres, géré par des institutions placés sous le contrôle d'un organisme paritaire la AGIRD. Pour les non cadre, cela a été un peu + lent. Immédiatement les compagnies d'assurance ont investis dedans. Manque d'unité

pour les non cadres, une prolifération désordonnée des organismes de retraites. C'est pour mettre fin à cela qui créait des inégalités, les caisses se sont réunies au sein d'un organisme inter professionnel, la création de cet organisme a permis la création d'un accord pour les non cadre le 8 décembre 1969. Comme pour le régime des cadres, le régime des non cadre est géré par des organisations regroupées au sein de l'ARRCO. Au départ initiative professionnelle puis le législateur est intervenu par la loi du 29 décembre 1972 a rendu obligatoire pour tous les salariés du régime général ce régime des retraites complémentaire. Ces 2 régimes, se sont les 2 principaux régimes complémentaires, il en existe d'autres (exemple = le régime des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales). Le + souvent ces régimes complémentaires résultent de conventions collectives donc ce sont des régimes de droit privé même s'ils sont obligatoires depuis 1972, ces régimes complémentaires ne sont pas soumis à la tutelle de l'Etat et le contentieux de ces régimes ne relève pas du tribunal de la sécu, il relève des juridictions judiciaires de droit commun. Techniquement, ces régimes fonctionnent sur le même principe que les régimes de base = point commun = le financement par répartition, les actifs pour payer les retraites complémentaires des inactifs. Ils paient des cotisations qui sont calculées sur le salaire dans son ensemble (au-delà du plafond de la sécurité sociale). Il y a en fait un plafond mais + important que celui du régime général = pour les non cadres le plafond c'est 3 fois celui de la sécurité sociale. Pour les cadres = 8 fois celui de la sécu. Une différence importante = le montant des prestations ne dépend pas ici du nombre de trimestres cotisés comme dans le régime général, mais elles sont calculées en fonction du nombre de points acquis durant la période de cotisation, autrement dit, le salarié va acquérir des point et au jour du départ à la retraite on multiplie la valeur des points par leur nombre. Cette technique du point permet de s'adapter aux évolutions démographiques et économiques (la revalorisation du point peut être inférieure à l'évolution des salaires), lorsque la revalorisation du point est inférieure à l'évolution des salaire ce sont les retraités qui vont moins percevoir. Comment imposer un effort au salarié qui cotise = un point va être + difficile à obtenir.

### **B : Les retraites supplémentaires par capitalisation :**